

## ANEXO II.5

### SOLICITUD DE RESERVA DE ESPACIOS CLÍNICOS PARA USO DOCENTE

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Servicio / Centro de Salud \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Espacio/s solicitado/s para  
docencia:

<input type="checkbox"/>	Área Quirúrgica: _____
<input type="checkbox"/>	Sala de Técnicas
<input type="checkbox"/>	CMA
<input type="checkbox"/>	Áreas Clínicas _____

Día / mes / año: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_:\_\_\_\_ h. hasta \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.

Nº de asistentes previsto: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

¿Es una actividad financiada?: SI  NO  Patrocinador/es: \_\_\_\_\_

Datos de contacto del patrocinador/es: \_\_\_\_\_

¿Hay pago de inscripción?: SI  NO  Coste: \_\_\_\_\_

¿Habrá servicio de *catering*? SI  NO   
(Montaje y recogida de éste será por cuenta de la empresa contratada por el solicitante)

Otras necesidades (se valorará disponibilidad): \_\_\_\_\_

Si desea que se dé difusión al acto, debe enviar el PROGRAMA a: [gerencia\\_dscs@gva.es](mailto:gerencia_dscs@gva.es)

**NOTA:** La solicitud de reserva no implica la autorización de utilización de manera automática, sino que está sujeta a la aprobación previa por el responsable correspondiente. La aprobación o denegación se comunicará al solicitante vía correo electrónico.

#### COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES DOCENTES:

La persona responsable de la solicitud de reserva de Instalaciones, se compromete a:

- No entrar comida ni bebida en el Salón de Actos ni en las Aulas.
- Hacer buen uso de las instalaciones y dejarlas en las mismas condiciones en las que las encontró.
- Comunicar a la secretaria de gerencia, de manera inmediata y por escrito, cualquier incidencia o averías relacionadas con la instalación o el material.

**Les informamos que la actividad formativa se comunicará necesariamente, ajustándose a lo dispuesto en el DECRETO LEY 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica, a Gerencia, para su remisión a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para su valoración y autorización por el Órgano de Validación de Acciones Formativas en Centros dependientes de la Conselleria de Sanidad.**

Castellón, a

El/la solicitante

Vº Bº Gerencia DSCS

Fdo. : \_\_\_\_\_