

ANEXO II.3

SOLICITUD DE RESERVA DE ESPACIOS DOCENTES

Nombre y apellidos _____

Servicio / Centro de Salud _____

Teléfono de contacto _____ Correo electrónico: _____

Sala/s solicitada/s: _____

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: _____

Otras necesidades (se valorará disponibilidad): _____

¿Habrá servicio de catering? SI NO

(Montaje y recogida de éste será por cuenta de la empresa contratada por el solicitante)

Si desea que se dé difusión al acto, debe enviar el PROGRAMA a: 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.

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 Universal y Salud Pública.

Castellón, a

El/la solicitante

Vº Bº Pres. Com. Docencia /
J. Estudios

Fdo. : _____

Fdo. : _____