

## ANEXO II.4

### SOLICITUD DE RESERVA DE AULA DE SIMULACIÓN

Nombre y apellidos de la persona responsable: \_\_\_\_\_

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

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

Día / mes / año: \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ h. hasta \_\_\_\_\_ h.

Nº de asistentes previsto: \_\_\_\_\_

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

¿Es una actividad financiada?: SI  NO  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)*

#### COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DEL AULA DE SIMULACIÓN:

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

- No entrar comida ni bebida en el Aula de Simulación.
- Hacer buen uso de las instalaciones y dejarlas en las mismas condiciones en las que las encontró.
- Comunicar a la secretaria de docencia, de manera inmediata y por escrito, cualquier incidencia o averías relacionadas con la instalación o el material.
- Recoger la llave del Aula en Seguridad, y devolverla, el mismo día de la actividad. En las actividades formativas que duren varios días consecutivos se deberá recoger y devolver la llave cada día.

Castellón, a

El/la solicitante

Vº Bº Pres. Com. Docencia /  
J. Estudios

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

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