



ANEXO II.1

SOLICITUD PARA UTILIZAR SALAS DE REUNIONES

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

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

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

Salas solicitadas:

HOSPITAL	
SALÓN ACTOS	
ANTESALA SALÓN ACTOS	
HALL PRINCIPAL	

ESCUELA DE ENFERMERÍA	
AULA INFORMÁTICA	
AULA 3.3	

EDIFICIO ANEXO	
AULA 1	
AULA 2	
AULA 3	
AULA 4	
AULA 5	
SALA SIMULACIÓN	

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

Nº de asistentes previsto: \_\_\_\_\_

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

¿Es una actividad financiada?:  SI  NO Patrocinio: \_\_\_\_\_

Datos de contacto de la entidad de patrocinio: \_\_\_\_\_

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

Catering:  SI  NO Empresa abastecedora: \_\_\_\_\_

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

Remitir el programa a la Unidad de Comunicación: ventura\_afr@gva.es

NOTA: La solicitud de reserva no implica la autorización de utilización de manera automática, sino que está sujeta a la aprobación previa correspondiente. La aprobación o denegación se comunicará a la persona solicitante vía correo electrónico. Ante necesidades especiales se puede derogar esta autorización con previo aviso a la parte solicitante.

**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, excepto los servicios de catering autorizados.
- Hacer un uso correcto y dejar la sala en idénticas condiciones en las que la 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.*

Castelló, a

Firma solicitante

Vº Bº Gerencia DSCS