**SOLICITUD DE RESERVA DE ESPACIOS**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL / LA SOLICITANTE** |
| Don / Doña: |
| DNI: |
| Vinculación: Docente Estudiante PAS Externo/a (indicar su condición) …. (táchese lo que proceda) |
| Teléfono/s de contacto: |
| Correo electrónico: |
| Fecha de solicitud (CON ANTELACIÓN MÍNIMA DE 10 DÍAS HÁBILES AL EVENTO): |

**SOLICITA** la reserva del local que indica a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **󠆢** Aula/s | **󠆢** Salón de actos |
| **󠆢** Sala de grados | **󠆢** Otros (indicar) |

En las fechas y horarios que a continuación se relacionan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORARIO** | **FECHA** | **HORARIO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA RESERVA** |
| (En el caso de que el evento esté relacionado con una asignatura, indicar cuál es, y la titulación a la que pertenece) |

**Y SE RESPONSABILIZA** del buen uso de los equipamientos e instalaciones del local reservado.

*(Firma del interesado)*

SRA. ADMINISTRADORA DEL EDIFICIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

|  |
| --- |
| **A CUMPLIMENTAR POR LA CONSERJERÍA** |
| Reserva gestionada por: | Fecha |
| Local/locales asignado/s |