

Recuerde que el plazo mínimo recomendado para garantizar la reserva del material solicitado, será de al menos 24 horas



FACULTAD DE FARMACIA
Aula de Informática

D. / Dña.: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Departamento: _____

Solicita la reserva de:

☐
☐
☐
☐

Sistema portátil de proyección (Cañón)

Ordenador portátil

Altavoces

Otros _____

Los días _____ de _____ de 2 _____

En horario de _____

Motivo de la reserva _____

Lugar de uso del material _____

Observaciones

Sevilla _____ de _____ de 2 _____

Visto bueno El Decano

Solicitante

Fdo.:

Fdo.:

Devuelve:

Fecha: / /

Recibe: