|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos:** | | | | **DNI:** |
| **Email:** | | | | **Telf. móvil:** |
| **Categoría profesional:** | | | | |
| **Departamento/ Servicio:** | | | | **Centro:** |
| **Espacio que va a ocupar:** | | | | |
| **Actividad que va a realizar:** | | | | |
| **Si va acceder con un grupo en el que usted es la persona autorizada indique:** | | **Número de personas:** | | |
| **Indique si en el grupo hay visitantes con discapacidad**  Percepción reducida  Movilidad reducida | | |
| **Actividad que va a desarrollar:** | | | | |
| **Fecha:** |  | | | |
| **Aceptación del solicitantes**  Se compromete durante la estancia en el Centro fuera de la jornada al cumplimiento de las medidas de seguridad y actuación de emergencias que le han facilitado. | | | **Firma del solicitante** | |

|  |
| --- |
| **DATOS DEPARTAMENTO / SERVICIO** |

El responsable del Centro /Departamento/ Servicio………………………………………………..……

propone que se AUTORICE a la persona anteriormente identificada a que ACCEDA y PERMANEZCA en las dependencias indicadas fuera del horario habitual de apertura del Centro y para ello le informa de la instrucciones de seguridad y actuación en caso de emergencias (**\***).

Periodo de validez de:

Horario que autoriza:

Observaciones:

Sevilla a    de       de 20

Fdo. **:**

El Responsable del Departamento/ Servicio

|  |
| --- |
| **A RELLENAR POR EL CENTRO** |

**\*** No necesita la validación del Decano / Director en el caso que los impresos cumplimentados por profesores que figuren en el POD y estén autorizados por el Director del Departamento. En estos casos su validez será el curso académico. Los autorizadores se responsabilizan de informar y proporcionar las instrucciones en materia de prevención y emergencias al autorizado.

***Vº Bueno Decano/ Director nº de Registro***