



RESERVAS DE AULAS Y MEDIOS AUDIOVISUALES

FIRMA

NOMBRE: _____

DEPARTAMENTO: _____

CONTACTO (IMPRESINDIBLE):

TELÉFONO: _____

EMAIL: _____

FECHA EN LA QUE SE REALIZA LA RESERVA: _____

RESERVA DE AULAS

AULAS QUE SOLICITA: _____ FECHA/HORA _____

ACTIVIDAD A DESARROLLAR: _____

RESERVA DE MEDIOS AUDIOVISUALES

VÍDEO

ORDENADOR SOBREMESA

ORDENADOR PORTATIL

PROYECTOR MULTIMEDIA

LUGAR DE INSTALACIÓN: _____
(Aula/Seminario....)

FECHA Y HORA _____

FIRMA Y FECHA DE CONFIRMACIÓN