

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL CENTRO

DATOS DEL USUARIO AUTORIZADO

| | |
|--|--|
| Nombre y Apellidos | |
| DNI | |
| Departamento/Unidad | |
| Centro | |
| Estamento (PAS, PDI, Alumno Tercer Ciclo, Alumno Colaborador, Becarios, etc.) | |
| Teléfono | |
| Mail | |

¿Posee Tarjeta Inteligente?

| | | |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| SI <input type="checkbox"/> | Nº tarjeta _____ | NO <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Indique los motivos por los que solicita esta autorización

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| Fecha de inicio: __/__/__ | Fecha de vencimiento: __/__/__ |
|---------------------------|--------------------------------|

Departamento Responsable: _____

Fdo: Director del Departamento

EDIFICIOS PARA LOS QUE SE SOLICITA:

(Cumplimentar con FIRMA Y SELLO DE LOS RESPONSABLES de los Centros/Servicios solicitados)

Director/a Escuela Politécnica Superior

Director/a Escuela de Enfermería

Director Departamento

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Fdo.: _____