

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESERVA DE AULA O ESPACIO DISPONIBLE

Rogamos cumplimenten TODOS los campos y, en función de la actividad programada, envíen el formulario a:

Comunicación de acciones formativas y eventos externos:

formacion.hsur@salud.madrid.org

Comunicación de comisiones y reuniones Médicas y de Enfermería:

sonia.luna@salud.madrid.org

Durante el horario de reserva debe hacerse responsable del espacio y material cedido, no pudiendo realizar modificación alguna de la infraestructura informática sin autorización previa de Sistemas. Rogamos respeten el horario para no interferir en compromisos posteriores.

RESPONSABLE DE LA RESERVA:

Nombre y Apellidos:

Teléfono:

Correo electrónico:

Puesto y Servicio:

TEMA A TRATAR:

CURSO DE FORMACIÓN. Nombre:

SESIÓN CLÍNICA. Servicio:

COMISIÓN INTERNA. Nombre:

JORNADAS. Nombre:

OTROS. Tema:

FECHAS:

Periodicidad:

HORARIO: Inicio:

Finalización:

NÚMERO MÁXIMO DE ASISTENTES:

MATERIAL NECESARIO: marcar con una X

Cañón de proyección	
Ordenador	
Conexión a Internet	
Otros:	