



Facultad Ciencias de la Salud y del Deporte
 "Pabellón Río Isuela"
 Email: leo@unizar.es

SOLICITUD DE USO Laboratorio Enseñanza - Observación

RESPONSABLE: _____

Email DE CONTACTO: _____

CARGO: _____

NÚMERO ASISTENTES: _____

DEPARTAMENTO: _____

ASIGNATURA: _____

TIPO DE USO: Docencia 1º/2º Ciclo Investigación Otros
 Docencia 3º Ciclo Externo a la Universidad

FECHA INICIO: HORA INICIO: HORA FINALIZACIÓN:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

SERVICIOS REQUERIDOS:

ESPACIO DEPORTIVO

- SALA POLIDEPORTIVA
- SALA MULTIUSOS "CUBO"
- SALA POLIVALENTE "TATAMI"
- OTROS:

NECESIDADES

- VISIONADO DVD/VIDEO
- MANEJO ORDENADORES
- REGISTRO VIDEO "EN VIVO"
- REGISTRO AUDIO "EN VIVO"
- OTROS:

Notas

Por la presente acuso sevicio de los equipos indicados anteriormente y me comprometo a respetar el reglamento de uso del Laboratorio

Por la presente autorizo el préstamo de los servicios indicados anteriormente al prestatario.

Firma Usuario:

Autorizado por:

A rellenar por administración:

Núm Solicitud: Fecha Solicitud: Receptor de la Solicitud: