



**Facultad de  
Ciencias de la Salud  
Universidad Zaragoza**

## **SOLICITUD DE ESPACIOS**

D. / D<sup>a</sup>. .....

Solicita: Aula:.....

Sala:.....

Seminario:.....

Fecha:.....

Horario:.....

Motivo:.....

.....

Profesor responsable:.....

Zaragoza, a .... de .....de 20....

Firma:

Si el solicitante no es profesor de esta Facultad deberá obligatoriamente contar con un miembro de la misma que se responsabilice del uso de las instalaciones.

SRA. SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD