

TELÉFONO SEGURIDAD CAMPUS: 673064850/40000
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ACCESO AL CENTRO

DATOS DEL USUARIO AUTORIZADO

Nombre y Apellidos	
DNI	
Departamento	
Centro	
Estamento (PAS, PDI, Alumno Tercer Ciclo, Alumno Colaborador, Becario, etc.)	
Teléfono	
Mail	
Si posee tarjeta eventual indique su número	

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

CENTROS PARA LOS QUE SE SOLICITA

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

Decano de la Facultad de Ciencias

Decano–Coordinador del CASEM

Decano F. CC. Educación

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Director de la Escuela Superior de Ingeniería

Fdo.: _____