

**SOLICITUD Y REGISTRO DE PRÉSTAMO DE MATERIAL DE LA FACULTAD**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRÉSTAMO DE MATERIAL DE LA FACULTAD** |
| **LAS SOLICITUDES DEBERÁN IR DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADAS PARA SU ADMISIÓN, LA FALTA DE DATOS O CONFUSIÓN CONLLEVARÁ LA DESESTIMACIÓN DE DICHA PETICIÓN.**  **EL PLAZO DE LA SOLICITUD TIENE QUE TENER UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE 4 DÍAS HÁBILES.**  **LA SOLICITUD DEBE SER ENVIADA AL CORREO ELECTRÓNICO:** [**facccsaludmelilla@ugr.es**](mailto:facccsaludmelilla@ugr.es) **CON EL ASUNTO “SOLICITUD PRÉSTAMO DE MATERIAL”. UNA VEZ RESUELTA LA SOLICITUD, SE LE COMUNICARÁ AL SOLICITANTE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO.**  **EL PROFESOR SOLICITANTE SE HACE RESPONSABLE DEL MATERIAL Y DEBE DEVOLVERLO EN EL MISMO ESTADO EN EL QUE SE PRESTÓ.** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE Y DE LA ASIGNATURA** | | | | | | |
| **APELLIDOS, NOMBRE:** | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| **ASIGNATURA (nombre completo):** | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **GRADO:** |  | **CURSO Y GRUPO (A o B):** | |  | **TEORÍA O PRÁCTICAS (si es práctica, poner el grupo)** | |
|  |  |  | |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MATERIAL SOLICITADO** | | |
| **NOMBRE O DESCRIPCIÓN:** | **UNIDADES:** | **ESTADO DEL MATERIAL (a rellenar por el personal encargod de su préstamo)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**FECHA DE ENTREGA FIRMA DEL PROFESOR FECHA DE DEVOLUCIÓN FIRMA DEL PROFESOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - CAMPUS DE MELILLA  C/ Santander, 1 CP. 52071 MELILLA Telf.: 952698700 |