

ANEXO III: AUTORIZACIÓN ACCESOS FACULTAD FARMACIA

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI		OTRO DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA IDENTIDAD	
DEPARTAMENTO		TIPO DE VINCULACIÓN	
PLANTA		DESPACHO	
TELÉFONOMÓVIL			

DATOS DE LA PERSONA QUE AVALA LA AUTORIZACIÓN

APELLIDOS		NOMBRE	
CARGO:		TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO	

PERIODO VIGENCIA AUTORIZACION

FECHA DE INICIO:	FECHA DE FIN
------------------	--------------

ACCESOS SOLICITADOS

¿SOLICITA ACCESO AL PARKING?	SI ☐	NO ☐	-SOLICITA MANDO A DISTANCIA CON CARGO AL DPTO-INSTITUTO -SOLICITA MANDO QUE ABONA EL USUARIO - NO SOLICITA MANDO POR TRANSMISIÓN DE OTRA PERSONA AUTORIZADA que ha cursado su Baja en el sistema	☐ ☐ ☐
¿SOLICITA TARJETA DE ACCESO A LA FACULTAD DE FARMACIA?	SI ☐	NO ☐	MARCA, MODELO Y MATRICULA DEL VEHICULO	



El abajo firmante expresa responsabilidad, que son ciertos los datos que figuran en el presente documento y SOLICITA la activación de los accesos requeridos. Asimismo, cuando no se solicite un mando nuevo por cesión o transmisión de un mando existente, declara que la baja de la persona anteriormente autorizada ha sido comunicada previamente, bien por correo electrónico o bien mediante su identificación en esta misma solicitud*

*IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE CAUSA BAJA

Valencia a de de 20

Solicitante:

Persona que autoriza :
(Director/a Dpto o Instituto
Administrador/a centro)

Responsable del edificio/centro:
(Administrador/a)

Nombre y apellidos	Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
Firma 	Firma 	Firma