

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

**DATOS DEL USUARIO AUTORIZADO**

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

**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.: \_\_\_\_\_