**SOLICITUD DE ACCESO A LAS INSTALACIONES DE INVESTIGACIÓN DEL CAMPUS DE CIENCIAS DE LA SALUD PARA PERSONAL NO PERTENECIENTE A LA UNIVERSIDAD DE MURCIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE (I.P. DEL GRUPO)**  CATEGORÍA | | | | | |
| NOMBRE Y CÓDIGO DEL GRUPO UM | |  | | | |
| NOMBRE Y CÓDIGO DEL GRUPO IMIB | |  | | | |
| EXT.TLF. | MOVIL | | | | E-MAIL |
| **SOLICITA AUTORIZACION DE ACCESO PARA D./DÑA**  CATEGORÍA: | | | | | |
| DNI/DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |  | | | | |
| **SOLICITA ACCESO A**  **(indicar las dependencias con nº de sala y planta)**  LAIB  CEIB | | | | **PERÍODO PARA EL QUE SE SOLICITA ACCESO (No puede ser superior al de vinculación con la entidad de procedencia)**  LAIB  CEIB | |
| **ENTIDAD Y CENTRO DE PROCEDENCIA** | | |  | | |
| TLF. CONTACTO | | | | E-MAIL | |

|  |  |
| --- | --- |
| Proyecto/Actividad que justifica la solicitud:  Motivo que justifica el acceso a las dependencias solicitadas | Fecha:  Firma del I.P. |

**VICERRECTORES DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA Y DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA\***

*\*Entregar en la Sección de Soporte a la Investigación Biomédica del Vicerrectorado de Investigación y Transferencia del Campus de CC de la Salud*