

**RESERVA D'AULA**  
**FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT DE REUS**

**PROFESSOR:** \_\_\_\_\_

**TELÈFON:** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_

**ENSENYAMENT:** \_\_\_\_\_

**ASSIGNATURA:** \_\_\_\_\_

**ACTIVITAT:** \_\_\_\_\_

**CURS:** \_\_\_\_\_

**DIA:** \_\_\_\_\_

**HORARI:** \_\_\_\_\_

**CAPACITAT AULA:** \_\_\_\_\_

**RESERVA D'ORDINADOR:**     SI     NO

**Signatura professor**

**Data:**

**Aula:**

**Dia:**

**Horari:**

dades a complimentar pel centre

**Signatura del Responsable del Centre**

**Data:**

dades a complimentar pel centre

