

ACOGIDA PDI/PIF VISITANTE EN LA ZTF/FCT

		Fecha de solicitud	
PDI de la ZTF/FCT			
Nombre y Apellidos _____			
Teléfono de contacto _____		Ext ZTF/FCT _____	
Departamento _____			
PDI/PIF visitante			
Nombre y Apellidos _____			
DNI/Pasaporte _____			
Status (estudiante grado/predoctoral/ postdoctoral/profesor/a visitante/otros: _____			
Teléfono de contacto _____		Ext ZTF/FCT _____	
Departamento _____			
Despacho/Local/Laboratorio _____			
Fecha comienzo/fecha fin estancia _____		_____	
Universidad/centro de investigación origen _____		País _____	

Observaciones

Acepto las condiciones de uso de las instalaciones y DECLARO que conozco las medidas de seguridad. **Visitante	VºBº Director/a Departamento Director/a Departamento	Autorizo el uso de las instalaciones Decano/a de la ZTF/FCT
---	---	--

Este documento sólo es válido para el horario de apertura del centro

**** Se adjunta fotocopia del seguro**