Se **autoriza** el acceso a las instalaciones del CIBM,

* Nombre: DNI:
* Contacto:
* Periodo: desde hasta
* Acceso a:
* Entrega de llaves: [ ] SI [ ] NO
* En calidad de:
* Becario/a o TFG
* Alumno/a de Máster
* Alumno/a de Doctorado
* Alumno en prácticas FP
* Investigador/a
* PAS
* Instituto o Unidad que pertenece:
* Responsable del Instituto o Unidad:

En Granada, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ .

|  |  |
| --- | --- |
| Firma responsabledel Instituto o Unidad | Firma Director del CIBMFdo: Francisco Vives Montero |