
Modulo di richiesta utilizzo spazi SimulMedica per attività di formazione autogestita da Docenti e Specializzandi

A. DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome

Qualifica (Prof., Ric., Tutor clinico, Specializzando)

Dipartimento / Struttura

E-mail

Cellulare (per emergenze)

C. NUMERO PARTECIPANTI PER CUI SI FA RICHIESTA

D. CALENDARIO PROPOSTO

Prima data preferenziale orario

Seconda data alternativa orario

Durata complessiva (ore)

E. SPAZI & TECNOLOGIE RICHIESTI (barrare e specificare dove indicato)

Sala simulazione alta fedeltà

tipo manichino:

Sala skills-lab / task-trainer

specificare:

Tavola anatomica SECTRA

Aula principale

Altre sale (numero posti:)

Postazioni VR / AR

Materiale di consumo richiesto

F. ESIGENZE TECNICHE PARTICOLARI

G. FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data

Firma