FACULTAD DE DERECHO

UAM Universidad Autónoma de Madrid

AVAL SERVICIO DE BIBLIOTECA

Fecha:

Nombre y apellidos profesor/-a:

Departamento/Área:

Nombre y apellidos investigador/-a:

NIF/Pasaporte:

Universidad de origen:

Inicio de la estancia: Fin de la estancia:

Dº/Dña.: solicita que el/la investigador/-a pueda disfrutar, durante el período de tiempo dentro de las fechas mencionadas, de los servicios de la Biblioteca:

- ☐ Acceso al Depósito
- ☐ Préstamo domiciliario

Limpiar formulario

Enviar Formulario

Firma del profesor/-a que avala: