



SOLICITUD ACTIVIDADES
Unidad Participación Ciudadana

ASOCIACIÓN/FUNDACIÓN/EMPRESA

NOMBRE

DIRECCIÓN

E-mail

PERSONA CONTACTO

TELÉFONO

BREVE DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

FECHA

TURNO

DESCRIPCIÓN

CENTRO

HOSPITAL GENERAL

HOSPITAL MATERNO

HOSPITAL CIVIL

C.A.R.E. JOSE ESTRADA

UNIDAD ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD

SERVICIO

AUTORIZACIÓN

Vº B PARTICIPACIÓN CIUDADANA

UNIDAD CORRESPONDIENTE