



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030



CENTRO
DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD FÍSICA (CRMF)
DEL IMSERSO EN SALAMANCA



Unión Europea
Fondo Social Europeo
"El FSE invierte en tu futuro"

Solicitud de Visita al CRMF de Salamanca

| | | |
|---|---|--|
| DATOS DEL SOLICITANTE (Cumplimente y/o marque lo que corresponda) | | |
| Centro o institución (Indicar nombre, tipo de actividad de la entidad, nombre de la actividad formativa, titulación, curso,...) | | |
| Persona de contacto | | |
| Teléfono | NºFax | |
| Correo electrónico | | |
| Fecha para la que solicita la visita (dd/mm/aaaa) Disponibilidad, miércoles | | |
| Nº de personas que acudirán a la visita | | |
| Necesidad de intérprete de lengua de signos | Sí | No |
| Otro tipo de adaptaciones (indíquela) | | |
| Áreas de mayor interés | Instalaciones CRMF | Formación en CRMF |
| | Exposición productos de apoyo | Todas las propuestas |
| Hora de inicio de la visita | Mañana (10:00 horas) Tarde (16:00 horas) | Duración: 2-3 horas aproximadamente |

| | | |
|---|-----------|--------------------|
| A RELLENAR POR LA ADMINISTRACION | | |
| Fecha solicitada disponible | Sí | No |
| Solicitud aceptada | Sí | No |
| Comunicada al solicitante | | |
| Tlf. | Fax | Correo electrónico |
| Profesional que confirma la solicitud: | | |
| Observaciones: | | |

SR/SRA. DIRECTOR/A DEL CRMF DEL IMSERSO EN SALAMANCA