

## REQUISIÇÃO DE ESPAÇOS PEDAGÓGICOS

Identificação

Serviço / Instituições

Contacto

E-mail

Data

Título da Atividade

Breve descrição

### MARCAÇÃO PRETENDIDA

#### Atividade

Provas pedagógicas

Ação Formação

Reunião de Serviço/Curso

Outro

Aulas Suplementares de

Exame de

Nº de participantes

Espaço Preferencial

#### Período

Dia

Hora

das

às

das

às

das

às

das

às

das

às

#### Observações

(a preencher pelo UGC)

Local / Piso a atribuir

Validação

**Notas:** 1. Informações/esclarecimentos - 44 105 ou [gestaospacos@medicina.ulisboa.pt](mailto:gestaospacos@medicina.ulisboa.pt)  
2. Depois da reserva efetuada, será enviada a confirmação ao requisitante