



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

ÁREA DE  
PRÉ-GRADUAÇÃO

**SEMESTRAL**

## REQUISIÇÃO DE ESPAÇOS PEDAGÓGICOS

Identificação

Serviço / Instituição

Contacto

E-mail

Data

Tipo de atividade: Aulas

Reunião

Formação

Outra

Título da Atividade

Breve descrição

### MARCAÇÃO PRETENDIDA

(a preencher pelos serviços)

#### Participantes

Período de

a

das

às

das

às

das

às

das

às

das

às

das

às

Local / Piso a atribuir

1. Imprimir com a impressora "adobe .PDF" ou equivalente
2. Com o ficheiro .PDF criado, anexá-lo a um novo e-mail
3. Remeter para [gestaospacos@medicina.ulisboa.pt](mailto:gestaospacos@medicina.ulisboa.pt)

**Validação** (a preencher pelos serviços)

**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