



DEPARTAMENTO DE
INGENIERÍA ELÉCTRICA



ESCUELA
TÉCNICA SUPERIOR
DE INGENIERÍA

Formulario de reserva Laboratorio de redes de distribución inteligentes Proyecto IE17-5843-9-USE

Responsable	Apellidos, Nombre		DNI/NIF	
	Correo Electrónico		Número de teléfono	
Usuario	Apellidos, Nombre		DNI/NIF:	
	Correo Electrónico		Número de teléfono	
Grupo de investigación, Entidad Pública adscrita				
Entidad Privada				
Referencia Contrato				
Fecha estimada de inicio		Fecha estimada de fin		
Descripción del ensayo a realizar				
Equipamiento requerido				
Requiere personal: Sí / No		Descripción de las tareas a realizar:		
Estimación del número de horas:				