|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anexo II: Modelo de préstamo y devolución de material de acceso** | | | | | |
|  | **Préstamo o devolución** *(indicar con una X)* | | | |  |
|  | ☐ Préstamo | | | ☐ Devolución |  |
|  | **Centro de préstamo** | | | |  |
|  | Centro | CEE PUERTA DE SANTA MARÍA | | |  |
|  | Dirección | C/CARACOLA, 1 | | |  |
|  | Localidad (provincia) | CIUDAD REAL | | |  |
|  | Teléfono | 926227304 | | |  |
|  | Correo electrónico | 13001224.cee@edu.jccm.es | | |  |
|  | **Centro receptor** | | | |  |
|  | Centro | Haga clic aquí para escribir texto. | | |  |
|  | Dirección | Haga clic aquí para escribir texto. | | |  |
|  | Localidad (provincia) | Haga clic aquí para escribir texto. | | |  |
|  | Teléfono | Haga clic aquí para escribir texto. | | |  |
|  | Correo electrónico | Haga clic aquí para escribir texto. | | |  |
|  | **Material prestado** *(especificar marca, modelo y accesorios)* | | | |  |
|  | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |  |
| **Alumna beneficiaria o alumno beneficiario del material de acceso** | | | | | |
|  | Nombre y apellidos | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | Fecha de nacimiento | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | Etapa, ciclo, nivel [\*1] | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | **Préstamo** | | | |  |
|  | Estado del material | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | Referencia [\*2] | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | Fecha de préstamo | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  | Fecha de finalización | | Haga clic aquí para escribir texto. | |  |
|  |  | |  | |  |

*[\*1] Indicar si está escolarizada/o en modalidad mixta combinada*

*[\*2] Código asignado para inventariado según base de datos regional de material de acceso*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | En | | Ciudad | , a | día | de | | mes | | de | año |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| LA DIRECTORA O EL DIRECTOR DEL CENTRO DE PRÉSTAMO *(firma y sello)* | | | | | | | LA DIRECTORA O EL DIRECTOR DEL CENTRO RECEPTOR *(firma y sello)* | | | | | |
| Fdo.: | | Mª Victoria Campos Ciudad | | | | | Fdo.: | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |