

SUGERENCIAS	REFERENTES AL SERVICIO DE ⁽¹⁾	
FECHA		
EFECTUADA POR: Nombre, Apellidos y D.N.I. (Opcional ²)		
<input type="checkbox"/> ALUMNO	<input type="checkbox"/> PERSONAL DOCENTE	<input type="checkbox"/> PERSONAL LABORAL
(1)INDICAR SERVICIO DE BAR, REPROGRAFIA, INFORMÁTICA, SECRETARÍA, BIBLIOTECA U OFICINA DE ORIENTCIÓN LABORAL		
(2)NO ES OBLIGATORIO RELLENAR ESTE CAMPO, PERO SE TRATARÁN PREFERENTEMENTE LAS SUGERENCIAS O QUEJAS QUE TENGAN UN AUTOR IDENTIFICADO		