## ANEXO 2. CHECKLIST FINAL DE TALLER DE HABILIDADES CLÍNICAS y SIMULACIÓN

| | |
|---|---|
| **Fecha y horario** | |
| **Título del taller** | |
| **Asignatura, curso o máster al que corresponde** | |
| **Profesorado (nombre del Docente, Coordinador o Responsable) y Teléfono y/o mail** | |
| **Nº Alumnos** | |

- **Listado de material no fungible**

| Listado de material | Unidades Proporcionadas | Unidades Restantes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

- **Listado de material fungible**

| Listado de material | Unidades Proporcionadas | Unidades Restantes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Nombre y firma**

**Nota 1:** El arriba firmante (responsable/coordinador/docente del taller), se responsabiliza de la veracidad de los datos de este documento.

**Nota 2:** En caso de incidencia con el material inventariable dejar anotado en la parte trasera de la hoja.