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.