



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
 SECRETARÍA DE ENSEÑANZA
 SOLICITUD DEL AUDITORIO "ALFONSO ESCOBAR IZQUIERDO"



DEPARTAMENTO O ÁREA SOLICITANTE: _____

JEFE DEL DEPARTAMENTO, ÁREA O TUTOR DEL USUARIO: _____

FECHA: _____
 DÍA MES AÑO

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO _____

E-MAIL _____

TELÉFONO _____

Importante:

El usuario debe realizar la solicitud con al menos 3 días hábiles de anticipación.

Si por alguna razón decide cancelar la solicitud, deberá notificarlo por correo a la Secretaría de Enseñanza al menos 24 hrs antes del evento ensenanza@iibiomedicas.unam.mx

ESPECIFICACIONES:

PRÉSTAMO DE:

Uso del <i>podium</i>	<input type="checkbox"/>	Apuntador laser	<input type="checkbox"/>	WiFi	<input type="checkbox"/> Abierto <input type="checkbox"/> Cerrado
Uso del <i>presidium</i>	<input type="checkbox"/>	Presentador con laser	<input type="checkbox"/>	Servicios de comunicación sujetos a la autorización de la Sección de Cómputo	
Paño para <i>presidium</i>	<input type="checkbox"/>	Adaptador	<input type="checkbox"/>		
Espacio Usos Múltiples	<input type="checkbox"/>	Sillas para <i>presidium</i>	<input type="checkbox"/>	Cantidad	Videoconferencia <input type="checkbox"/>
Cafeteras*	<input type="checkbox"/>	Micrófonos <i>podium</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Transmisión Web <input type="checkbox"/>
Uso de laptop	<input type="checkbox"/>	Micrófonos <i>presidium</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Grabación <input type="checkbox"/>
Uso de proyector	<input type="checkbox"/>	Micrófonos mano	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		

FECHA DEL EVENTO: _____
 DÍA MES AÑO

HORA INICIO: _____
 HORA TÉRMINO: _____

NOMBRE DEL EVENTO: _____

PROGRAMA O CARRERA (SI APLICA): _____

Nota. Si se trata de un examen, debe quedar claro en el llenado del formato, el nombre del alumno, del tutor o director de tesis y el nombre del programa o la carrera a la que pertenece.

OTROS REQUISITOS O ESPECIFICACIONES :

* Solo se proporciona el equipo

RESPONSIVA:

Me comprometo a cuidar las instalaciones y el equipo que sea solicitado.

VO. BO. SECRETARIO DE ENSEÑANZA IIB

 FIRMA DEL USUARIO

 FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO, ÁREA O TUTOR

 DRA. ANDREA SACHI DÍAZ VILLASEÑOR

Importante. La reservación del auditorio estará completa toda vez que haya sido autorizada y tenga el vo.bo. del Secretario de Enseñanza