



FOLIO: \_\_\_\_\_ ASUNTO: **Solicitud de uso de servicio.**

Favor de anotar **TODOS** los datos:

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_ (Muy importante)

\***ESTUDIANTE:** \_\_\_ ESPECIALIZACIÓN \_\_\_ MAESTRÍA, \_\_\_ DOCTORADO

Tipo de evento:

\_\_\_ Examen Tutoral, \_\_\_ Examen Admisión, \_\_\_ Examen de Candidatura, \_\_\_ Examen de Grado

\***ACADÉMICO:** \_\_\_ PROF. ASIGNATURA \_\_\_ TÉCNICO ACADÉMICO \_\_\_ PROF. DE CARRERA

\***ADMINISTRACIÓN:** \_\_\_

Tipo de evento:

\_\_\_ Seminario, \_\_\_ Clase, \_\_\_ Entrevista, \_\_\_ Reunión de trabajo,

Otro \_\_\_\_\_

Fecha solicitada: \_\_\_\_\_ Horario de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

**Usted estará en sala local (FMVZ) \_\_\_ POSGRADO, \_\_\_ CSUA, \_\_\_ Consejo Técnico,**

Otro \_\_\_\_\_ o \_\_\_ sala externa

**Indique el No. de asistentes \_\_\_ sala local (FMVZ) y \_\_\_ sala (s) externa (s)**

Sede (s) con la (s) que se llevará el enlace:

\_\_\_\_\_

Nombre de los académicos que asistirán y a qué dependencia pertenecen (uno por cada punto de Videoconferencia):

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes conocen **el reglamento** de uso del aula de Videoconferencia (VC) de la Secretaría de Posgrado e Investigación y están de acuerdo en apegarse a los requisitos que ahí se señalan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR TITULAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Titulares:** Si uno de sus **estudiantes externos** solicita realizar su examen por medio de la VC, que el interesado se comunique a esta Unidad para llevar a cabo los trámites necesarios, apegándose a los tiempos y requisitos del reglamento del área de VC. El horario de servicio de VC es de 9 a 2 y de 4 a 6. **El usuario no contará con ayuda técnica si lleva a cabo su enlace fuera de este horario.**

