Departamento de Visualización y Realidad Virtual

DEMOSTRACIONES

Fecha de Solicitud

Responsable del grupo

Nombre:

Entidad académica o dependencia:

Nivel académico: Bachillerato ☐ Carrera Técnica ☐ Maestría ☐ Licenciatura ☐ Doctorado ☐

Correo electrónico: Teléfono:

Acudirán funcionarios: SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo agregue sus nombres y nombramientos:

Información general

Fecha solicitada Opción 1: Hora:

Opción 2: Hora:

Explique el motivo de la solicitud de demostración:

Firma del solicitante

NO RELLENAR ESTA SECCIÓN

Fecha autorizada:

Personal asignado:

Autorizado por:

Firma de autorización