



TÉCNICA QUIRÚRGICA Y CIRUGIA EXPERIMENTAL

Solicitud para el uso del área de quirófano

Nombre del solicitante _____

Actividad que se realizará _____

Asignatura _____

Curso _____

Nivel de estudios: Licenciatura () Posgrado ()

Fechas que se solicitan _____

Horario: de _____ a _____ hrs.

Número de participante en la práctica _____

Número de prácticas que se realizarán _____

Requerimientos _____

Profesor responsable del curso o Taller _____

Fecha de la solicitud _____

Fecha de recepción de la solicitud _____

Firma del solicitante

Firma de recepción