



**LABORATORIO DE CIRUGIA EXPERIMENTAL Y TÉCNICAS
QUIRÚRGICAS
CICLO ESCOLAR 2017-2018**

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:

Número de participantes en la práctica:

Requerimientos:

Profesor responsable del Curso o Taller:

Fecha de la solicitud:

Fecha de recepción de la solicitud:

Firma del solicitante

Firma de recepción

M.C. Ma. Teresa Zapata Villalobos
Responsable LCETQ