



LABORATORIO DE CIRUGIA EXPERIMENTAL Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Solicitud para el uso del área de quirófano

Nombre del solicitante _____

Actividad que se realizará: _____

Asignatura: _____

Curso: _____

Nivel de estudios: _____ Licenciatura (x)

Fechas que se solicitan: _____

Horario: _____

Número de participantes en la práctica: _____

Número de prácticas que se realizarán: _____

Requerimientos:

Profesor responsable del Taller: _____

Fecha de la solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud:

Firma del solicitante

Firma de recepción

Coordinador de 3er. año ()

Coordinador de 4º. Año ()

Responsable del LCETQ