

**LABORATORIO DE PROTOTIPADO**

**Formato de requerimiento de servicio de maquinado de prototipo.** Versión B

Fecha

Nombre	Datos de contacto			
	Correo electrónico		Teléfono	
Aplicación	Usuario interno			
	Código Alumno		Código Profesor	
	Proyecto	Licenciatura	Posgrado	Cuerpo académico

Tipo de prototipo	Descripción del prototipo
Diseño de circuito impreso	
Diseño de prototipo en 3D	
<b>Requerimientos específicos del Prototipo</b>	
DIMENSIONES:	
CORTE ESPECIAL:	
OTROS:	
OBSERVACIONES:	

**PARA USO INTERNO**

Número de caras PCB	Insumos requeridos	Observaciones
1		
2		
PCB proporcionado por usuario		
Si		
No		
Prototipo aprobado		Prototipo entregado
Fecha		Fecha
FIRMA DE JEFE DEL DEPARTAMENTO		JEFE DEL LABORATORIO DE PROTOTIPADO