



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS
“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”

SOLICITUD DE PRESTAMO DE EQUIPO AUDIOVISUAL

Solicitante: _____

Docente ☐

Personal Administrativo ☐

Estudiante ☐

Lugar donde se utilizará el equipo: _____

Fecha de la Reservación: _____ Horario: de _____ hasta _____

Equipo Requerido

Micrófono ☐

Control Aire Acondicionado ☐

Sonido ☐

Control de la Pantalla ☐

Data Show ☐

Control de la Data Show ☐

Parlantes ☐

Grabadora ☐

Otros (especifique): _____

Evento a Realizar: _____

Firma del Solicitante

Fecha

NOTA: Verifique que todo lo solicitado, está disponible. (Si no es así, solicite nueva fecha). Este registro será válido solamente cuando en el área utilizada no exista equipo asignado.

El personal encargado de Prestar los Audiovisuales verificarán que éste sea entregado en buenas condiciones, igualmente el solicitante deberá devolverlo en buenas condiciones, en caso contrario el deterioro de los mismos correrá bajo la responsabilidad del solicitante.

Fecha: _____

Entregado a:
Nombre y Apellido: _____

Observaciones de Recepción de equipo:

Firma de quien recibe

Fecha: _____

Devuelto a:
Nombre y Apellido: _____

Observaciones de Recepción de equipo:

Firma de quien recibe