



FACULTAD DE SALUD
Escuela de Salud Pública
Dirección

SOLICITUD DE AULA TEMPORAL

Fecha

Día	Mes	Año

INFORMACION GENERAL				
Nombre del solicitante	Facultad o dependencia	Area		
Actividades a Realizar				
DESCRIPCIÓN SOLICITUD				
Fecha(s) a utilizar	Hora de inicio	Hora final	Cupo	Aula No.
¿Requiere ayuda audiovisual? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Grabadora				
<input checked="" type="checkbox"/> Video Beam <input type="checkbox"/> Sonido				
<input type="checkbox"/> Televisor <input checked="" type="checkbox"/> Internet				
<input type="checkbox"/> Deben traer sus propias ayudas audio visuales				
Observaciones				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA SEGURIDAD				
Persona que Autoriza	Persona de Seguridad			
Novedad vigilancia / posterior a la entrega del salón				



FACULTAD DE SALUD
Escuela de Salud Pública
Dirección

SOLICITUD DE AULA TEMPORAL

Fecha

Día	Mes	Año

INFORMACION GENERAL				
Nombre del solicitante	Facultad o dependencia	Area		
Actividades a Realizar				
DESCRIPCIÓN SOLICITUD				
Fecha(s) a utilizar	Hora de inicio	Hora final	Cupo	Aula No.
¿Requiere ayuda audiovisual? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Grabadora				
<input checked="" type="checkbox"/> Video Beam <input type="checkbox"/> Sonido				
<input type="checkbox"/> Televisor <input checked="" type="checkbox"/> Internet				
<input type="checkbox"/> Deben traer sus propias ayudas audio visuales				
Observaciones				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA SEGURIDAD				
Persona que Autoriza	Persona de Seguridad			
Novedad vigilancia / posterior a la entrega del salón				