

## ANEXO IV

### SOLICITUD DE CLÍNICAS

Apellido y Nombres del Solicitante:.....

Teléfono:..... .. Correo electrónico:.....

Responsable de la Actividad a desarrollar: .....

Teléfono:..... Correo electrónico:.....

Cátedra / Empresa / Otros:.....

Actividad a realizar: .....

.....

Desde el día: ..... Hasta el día: .....

Cantidad de personas que se prevé asistirán a la actividad por día: .....

DÍA:	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB
Horario de Mañana:						
Horario de Tarde:						

Equipamiento solicitado para desarrollar la actividad:

.....  
.....  
.....  
.....

**Importante:**

1. Declaro conocer que el uso de las Salas de Prácticos está sujeto a la realización de actividades institucionales que podrían afectar la reserva solicitada. Si esto ocurriera, le será comunicado en el teléfono y/o correo electrónico indicado.
2. La Secretaría de Extensión Universitaria sólo coordina el uso del espacio físico y entrega a la Dirección de Informática los datos del equipamiento solicitado para la actividad, de quien depende la disponibilidad y funcionamiento del mismo.

..... Firma Solicitante Fecha:.....	<b>Secretaría de Extensión Universitaria</b>
	Fecha recepción solicitud:
	Solicitud N°:
	Fecha comunicación de observaciones:
	Aprobación: