



Solicitud de Teleconferencia

Datos del Solicitante:

Nombre			
Dependencia			
Teléfono		Ext.	
Celular		Correo	

Datos del Servicio:

Nombre del Programa					
Repeticiones del Programa (Solo llene las líneas necesarias para incluir todas las repeticiones del programa de teleconferencia)	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración

*La hora deberá estar expresada en formato de 24 hrs.

Detalles del servicio:

Sala solicitada al CECAD		Multimedia		Videoconferencias	
Medio de conexión:		EDUSAT		Internet	
Canal		http://			

*Esta solicitud solo avala la reservación del servicio de teleconferencia, NO de la sala. La sala deberá ser solicitada por el interesado al CECAD.