



Facultad de Odontología

SOLICITUD DE MODIFICACION DE DOCUMENTOS

SOLICITADO POR:

NOMBRE Y FIRMA:	DEPARTAMENTO:	FECHA:	FOLIO:	HOJA:
------------------------	----------------------	---------------	---------------	--------------

DOCUMENTO:

NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CODIGO:	No DE REVISION:
------------------------------	----------------	------------------------

MODIFICACION:

CAUSA:

DICE:

DEBE DECIR:

REVISO Y AUTORIZO	FIRMA
--------------------------	--------------

RESPONSABLES (Deben estar los responsables mencionados en el documento)

DEPARTAMENTO:	FIRMA:
----------------------	---------------