Universidad Autónoma de Chihuahua.

## FACULTAD DE MEDICINA

Fecha:_____

### Solicitud de Servicio

**Nombre:** _____ **Departamento:** _____

**Servicio:** _____ **Autorizó:** _____

**Observaciones:** _____

_____

**Asignado a:** _____ **Prioridad:** **Alta** ☐

**Media** ☐

**Fecha De Liberación:** _____ **Baja** ☐

**Observaciones:** _____

_____

_____ _____

**Responsable UTI** **Usuario**

FOR 6.3 ISO 08 REV. 0

Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA

Fecha:_____

Solicitud de Servicio

Nombre: _____ Departamento: _____

Servicio: _____ Autorizó: _____

Observaciones: _____

_____

Asignado a: _____ Prioridad: Alta ☐

Media ☐

Fecha De Liberación: _____ Baja ☐

Observaciones: _____

_____

_____ _____

Responsable UTI Usuario

FOR 6.3 ISO 08 REV. 0