



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

SOLICITUD PARA USO DE ESPACIOS EN LOS CENTROS DE DIFUSIÓN CULTURAL (USUARIOS UAM)

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE EMPLEADO
UNIDAD	DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL	DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA		ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA	
TELÉFONO O EXTENSIÓN TELEFÓNICA		CORREO ELECTRÓNICO	

ORGANIZADOR DE LA ACTIVIDAD (OMITIR EN CASO DE SER LOS MISMOS DATOS DEL SOLICITANTE)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE EMPLEADO
UNIDAD	DIVISIÓN / COORDINACIÓN GENERAL	DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA		ÁREA ACADÉMICA / SECCIÓN ADMINISTRATIVA	
TELÉFONO O EXTENSIÓN TELEFÓNICA		CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS DE LA ACTIVIDAD

SOLICITO EL USO DE ESPACIO EN:		PARA LLEVAR A CABO LA SIGUIENTE ACTIVIDAD:	
-----		-----	
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	-----		
TIPO DE ACTIVIDAD	-----		
ACTIVIDAD	ABIERTA <input type="radio"/>	CERRADA <input type="radio"/>	DIRIGIDA A: -----
REQUIERE EQUIPO AUDIOVISUAL	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	ESPECIFIQUE EL EQUIPO: -----
		BRINDIS	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
No. DE PARTICIPANTES -----	COBRO A PARTICIPANTES	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
EN CASO DE PRESENTACIÓN DE LIBROS:	¿EL LIBRO ES EDITADO POR LA UAM ?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
LA CUOTA DE RECUPERACIÓN POR EL USO DE ESPACIOS SE CUBRIRÁ CON FONDO UAM	ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	PARTIDA	

LA CUOTA DE RECUPERACIÓN POR EL USO DE ESPACIOS SE CUBRIRÁ CON FONDOS CONVENIOS			
PROYECTO	PARTIDA	TIPO DE CONVENIO	
-----	-----	-----	

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO (CONVENIOS)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE EMPLEADO
TELÉFONO O EXTENSIÓN TELEFÓNICA		CORREO ELECTRÓNICO	

FECHA Y HORARIO DE LA ACTIVIDAD *

FECHA:	INICIO	TÉRMINO
HORARIO:	INICIO	TÉRMINO
ACTIVIDADES DE LARGA DURACIÓN		
FECHAS		
HORARIO:	INICIO	TÉRMINO

* CONSIDERANDO TIEMPOS PARA MONTAR Y DESMONTAR

OBSERVACIONES

SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo. TITULAR DEL ÁREA SOLICITANTE **

NOMBRE Y FIRMA

EN CASO DE PROYECTOS PATROCINADOS
VO. BO. DE LA CSA O ÁREA DE VINCULACIÓN

NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZA
TITULAR DEL CENTRO

NOMBRE Y FIRMA

**** EN RECTORÍA GENERAL LA VALIDACIÓN AL MENOS DEL DIRECTOR DEL ÁREA, EN UNIDADES UNIVERSITARIAS AL MENOS DEL DIRECTOR DE DIVISIÓN O COORDINADOR ADMINISTRATIVO**