



SOLICITUD DE SALA DE VIDEOCONFERENCIA INTERACTIVA (SVC)

FECHA: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
 TELÉFONO: _____
 CORREO: _____
 ÁREA DE ADSCRIPCIÓN FESI: _____
 FECHA SOLICITADA: _____
 HORARIO DE INICIO: _____ HORARIO DE TÉRMINO: _____
 ACTIVIDAD
 (Nombre, tipo y modalidad): _____
 NÚM APROXIMADO ASISTENTES: _____
 EQUIPO DE APOYO:
 (sujeto a disponibilidad) _____

REQUIERE VIDEOCONFERENCIA: SI _____ NO _____

TIPO DE ENLACE: INSTITUCIONAL IP: _____ SKYPE: _____ WEBEX: _____ OTRO: _____
 BLUEJEANS: _____ HANGOUTS: _____ SCOPIA: _____
 EL CONFERENCIISTA ESTARÁ EN: SVC FESI: _____ SALA EXTERNA: _____

INSTITUCIONES DE ENLACE	IP	DATOS DE CONTACTO EN SEDE REMOTA (TEL Y CORREO)

REQUIERE EQUIPO DE APOYO ADICIONAL (sujeto a disponibilidad): SI _____ NO _____
 DÉ QUÉ TIPO: _____

NOMBRES DE ASISTENTES EN SVC FESI (Incluir a todos en caso de Posgrado):

NOMBRES DE ASITENTES EXTERNOS (Incluir a todos y dependencia a la que pertenecen):

NOMBRE	DEPENDENCIA

Sujeto a disponibilidad de espacio y equipo.
 El abajo firmante conoce el reglamento de uso de la SVC de FESI y está de acuerdo en apegarse a los requisitos que ahí se señalan.

FIRMA DEL SOLICITANTE RESPONSABLE
