



Solicitud de uso de laboratorios

Laboratorio: Fecha: / /
DÍA MES AÑO

DATOS DEL PROFESOR

Nombre:

Código: Carrera:

INFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA

Nombre:

Materia:

Fecha: / / Horario: Duración: No. de alumnos que participarán:
DÍA MES AÑO

EQUIPO E INSUMOS

Cantidad:	Descripción:	Disponible:	Cantidad:
1.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	<input type="text"/>

LLENADO POR EL(LA)
RESPONSABLE DE LABORATORIO

FIRMA DEL PROFESOR

CONFIRMACIÓN

Disponibilidad de equipo e insumos: completa parcial

Disponibilidad de fecha y hora: si no

Nueva fecha y hora propuesta: / /
DÍA MES AÑO

FIRMA DEL RESPONSABLE

DEVOLUCIÓN DE EQUIPO E INSUMOS

Devolución de equipo e insumos: completa parcial

Observaciones:

FIRMA DEL RESPONSABLE

LLENADO POR EL(LA) RESPONSABLE DE LABORATORIO