



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN

Coordinación General de Tecnologías de Información y Comunicaciones
Departamento de Redes y Telecomunicaciones

Formato de Solicitud del Servicio de Videoconferencia

Fecha: _____

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre Completo:	
Tipo de Usuario:	(Docente, administrativo o alumno)
Área o Dependencia:	
Teléfono/Ext:	
Correo electrónico:	
DATOS DE LA VIDEOCONFERENCIA	
Lugar:	<input type="checkbox"/> Sala de biblioteca <input type="checkbox"/> Sala de DAEH <input type="checkbox"/> Auditorio Ingeniería (Campus 3). <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="text"/>
Fecha(s):	
Horario:	
Motivo:	
Nombre del Evento:	
NOTA: El usuario deberá solicitar la sala de Videoconferencia al área correspondiente según el procedimiento establecido para ello.	
DATOS DEL SITIO REMOTO	
Nombre de la Entidad:	
Nombre de Contacto Técnico:	
E-mail:	
Skype:	
Teléfono móvil y fijo:	
DATOS PARA LA CONEXION	
Dirección IP:	
Equipo de VC marca:	

SOLICITANTE

AUTORIZA

<Nombre del solicitante >

<Responsable de la Unidad>

Nota: Este formulario es necesario imprimirlo por duplicado después de llenarlo y canalizarlo a las oficinas de la Coordinación General de Tecnologías de Información y Comunicaciones en el edificio de rectoría o al Departamento de Redes y Telecomunicaciones.