



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FORMATO DE CANCELACION DE ENLACE Y/O VIDEOCONFERENCIA (FVC-3)

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

TELÉFONO: EXT: E-MAIL:

DEPENDENCIA: DEPTO:

DATOS DE LA VIDEOCONFERENCIA

NOMBRE:

FECHA: Debe ser al menos tres días antes del evento, de otro modo se aplicará el reglamento

1) FORMATO PARA FECHA (DD/MM/AA) * SI ES UN CICLO DE VIDEOCONFERENCIAS INCLUIR CALENDARIZACIÓN

DATOS DEL SITIO REMOTO

| CONTACTO TÉCNICO | TELÉFONO/EXT | EMAIL |
|------------------------------|----------------------|----------------------|
| NOMBRE: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

RAZÓN DE LA CANCELACIÓN

| | |
|--|-----------------------|
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE (Titular de la dependencia o Srio. Académico) | FIRMA DEL SOLICITANTE |
|--|-----------------------|

Vo. Bo. Jefe del Centro de Cómputo Universitario

MORELIA, MICH. A DE DEL