



## SOLICITUD DE CORREO ELECTRÓNICO

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

### I.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES \* : .....

APELLIDOS \* : .....

RUT\* : .....

DEPARTAMENTO\* : .....

CAMPUS\* : .....

TELEFONOS: PARTICULAR \* : ..... TELEFONO MOVIL: .....

OFICINA\* : .....

\_ACADEMICO      \_NO ACADEMICO      ALUMNO:      \_POSTGRADO      \_PREGRADO  
\_PLANTA      \_CONTRATA  
\_HONORARIOS

### II.- DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE\* : .....

TELEFONO\* : ..... FAX\* .....

-----  
FIRMA  
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

-----  
FIRMA  
SOLICITANTE

(\*) DATOS OBLIGATORIOS

Nota: Los Datos solicitados se utilizarán exclusivamente por esta dirección en caso de problemas con su casilla, por lo que es de su responsabilidad mantenerlos actualizados. Esta casilla se eliminará cuando su relación con la Facultad termine.

(USO EXCLUSIVO DE SUBDIRECCION INFORMATICA)

FECHA RECEPCION : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA Y TELECOMUNICACIONES

Teléfono: [56-2] 9786288 Fax: [56 2] 735-3762 Email : informatica@med.uchile.cl