



## SOLICITUD DE TELEFONÍA

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

### I.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE:.....

DEPARTAMENTO:.....

CAMPUS: ..... TELEFONO: .....

\_ACADEMICO \_FUNCIONARIO

### II.- TIPO DE CONEXIÓN:

\_NUEVO \_TRASLADO \_REPARACION \_ANEXO \_LINEA DIRECTA

### III.- DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE:.....

TELEFONO O FAX:.....

CENTRO DE COSTO:.....

\_\_\_\_\_

FIRMA  
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO

\_\_\_\_\_

FIRMA  
SOLICITANTE

(USO EXCLUSIVO DE INFORMÁTICA)

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

\_ACEPTADO \_RECHAZADO:

SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA Y TELECOMUNICACIONES

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