



## SOLICITUD DE PUNTO DE RED

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

### I.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: .....

DEPARTAMENTO: .....

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

\_ACADEMICO \_FUNCIONARIO

Número de puntos de red (1 por cada computador que se conecta a la red): .....

### II.- CONTACTO ALTERNATIVO (que sepa exactamente donde y cuantos puntos de red).

NOMBRE: .....

TELEFONO: .....

### 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