

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES CRÍTICAS PRESENCIALES (RESOLUCIÓN N° 2669)

|  |
| --- |
|  DATOS SOLICITANTE (DECANO O AUTORIDAD UNIPERSONAL) |
| NOMBRE COMPLETO |
| RUT | CARGO |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO CONTACTO |
| FECHA DE SOLICITUD |

|  |
| --- |
| INFORMACION Y JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PRESENCIAL |
|   |
|
|  |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN ADICIONAL |
| NOMBRE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD |
| RUT | CARGO |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO CONTACTO |
| FECHA ACTIVIDAD | HORARIO |
| N° DE ASISTENTES | CAMPUS |
| LUGAR ESPECIFICO  |

|  |
| --- |
| EXCLUSIVO PARA USO INTERNO (DADM Y DDGP) |
| OBSERVACIONES  |
|
| FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD  | FECHA RESPUESTA SOLICITUD |

|  |
| --- |
| DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR |
| ANEXO N° 1 NÓMINA DE ASISTENTES ANEXO N° 2 DECLARACIÓN DE SALUD INDIVIDUAL FIRMADA POR TODAS LAS PERSONAS QUE ASISTIRÁN DE MANERA PRESENCIAL  |
|

|  |
| --- |
|   |
| FIRMA SOLICITANTE  |