



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
SERVICIOS GENERALES
SOLICITUD DE ESTANCIA NOCTURNA



FECHA:

TITULAR DEL LABORATORIO

DEPARTAMENTO

TELÉFONO

NOMBRE(S)

FECHA DE ESTANCIA

OBSERVACIONES:

SOLICITANTE

SUPERVISÓ

FIRMA

LIC. SALOMÓN MARTÍNEZ MARTÍNEZ
NOMBRE Y FIRMA
DELEGADO ADMINISTRATIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
SERVICIOS GENERALES
SOLICITUD DE ESTANCIA NOCTURNA



FECHA:

TITULAR DEL LABORATORIO

DEPARTAMENTO

TELÉFONO

NOMBRE(S)

FECHA DE ESTANCIA

OBSERVACIONES:

SOLICITANTE

SUPERVISÓ

FIRMA

LIC. SALOMÓN MARTÍNEZ MARTÍNEZ
NOMBRE Y FIRMA
DELEGADO ADMINISTRATIVO