

No. de Convenio:   
Folio:   
Fecha:

## SOLICITUD DE SERVICIOS

### PARA PERSONAS INTERNAS A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Centro / Dirección:   
Carrera / Departamento:   
Nombre completo del solicitante:   
ID:   
Teléfono:   
Correo electrónico:

### PARA PERSONAS EXTERNAS A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

#### DATOS GENERALES

Nombre de la organización:   
Giro principal:   
Sector:  Privado  Gubernamental  Social  
Domicilio legal:   
Colonia / localidad:   
Municipio:   
Estado:   
Correo electrónico:

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo:   
Puesto que ocupa dentro de la organización:   
Teléfono:   
Celular:   
Correo electrónico:

### DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD O PROBLEMÁTICA QUE PRESENTA SU ORGANIZACIÓN

(Favor de ser lo más explícito posible.)

## TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

(Marque en la casilla la opción que requiera y detalle, de ser posible, el servicio solicitado.)

	Servicio	Especifique
	Asistencia técnica	
	Consultoría	
	Análisis de laboratorio	
	Capacitación	
	Investigación	
	Diseño y desarrollo	
	Vinculación con un área específica	
	Otro	

## PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN

Viabilidad para realizar el servicio solicitado:

AUTORIZADO

NO AUTORIZADO

Motivo:

### ENLACE TÉCNICO

Nombre completo:

Centro / dirección:

Departamento:

Celular:

GESTOR DE VINCULACIÓN

\_\_\_\_\_  
Autorizó  
JEFE DE SECCIÓN DE VINCULACIÓN

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN

Mayores Informes: Departamento de Vinculación, Edificio 222, planta baja. Ciudad Universitaria.  
Teléfono: 910-74-00 Ext. 7431.