

FECHA DE SOLICITUD:

DD	MM	AAAA
----	----	------

CÓD/NOMBRE ASIGNATURA:

NOMBRE DOCENTE: _____

PROGRAMA: _____

TEMA: _____

GRUPO: _____

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD: _____

FECHA Y HORAS DE USO				NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

Software _____ Computador _____
 Eq. de laboratorio _____ Pruebas psicométricas _____

1 ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso
 Salón pruebas psicométricas _____
 Módulo experimental de cognición _____
 Laboratorio psicosocial _____

Bloque (R) - 4to piso
 Salas de registro psicofisiológico _____
 Cámara de Gesell _____
 Animalario _____
 Sala de análisis comportamental _____

Bloque (R) - 5to piso
 Sala de cirugía estereotáctica _____
 Neuroanatomía _____
 Aula múltiple _____

FECHA Y HORAS DE USO				NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

Software _____ Computador _____
 Eq. de laboratorio _____ Pruebas psicométricas _____

2 ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso
 Salón pruebas psicométricas _____
 Módulo experimental de cognición _____
 Laboratorio psicosocial _____

Bloque (R) - 4to piso
 Salas de registro psicofisiológico _____
 Cámara de Gesell _____
 Animalario _____
 Sala de análisis comportamental _____

Bloque (R) - 5to piso
 Sala de cirugía estereotáctica _____
 Neuroanatomía _____
 Aula múltiple _____

FECHA Y HORAS DE USO				NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

Software _____ Computador _____
 Eq. de laboratorio _____ Pruebas psicométricas _____

3 ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso
 Salón pruebas psicométricas _____
 Módulo experimental de cognición _____
 Laboratorio psicosocial _____

Bloque (R) - 4to piso
 Salas de registro psicofisiológico _____
 Cámara de Gesell _____
 Animalario _____
 Sala de análisis comportamental _____

Bloque (R) - 5to piso
 Sala de cirugía estereotáctica _____
 Neuroanatomía _____
 Aula múltiple _____

**DOCENTES - SOLICITUD DE RECURSOS DE
LOS LABORATORIOS DE PSICOLOGÍA**

Código: F-003-AT-041.1
Emisión: 18-02-2020
Versión: 01
Página 2 de 2

FECHA Y HORAS DE USO					NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio	Hora finalización		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

<input type="checkbox"/> Software _____	<input type="checkbox"/> Computador _____
<input type="checkbox"/> Eq. de laboratorio _____	<input type="checkbox"/> Pruebas psicométricas _____

4

ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso	Bloque (R) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Salón pruebas psicométricas _____	<input type="checkbox"/> Salas de registro psicofisiológico _____
<input type="checkbox"/> Módulo experimental de cognición _____	<input type="checkbox"/> Cámara de Gesell _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio psicosocial _____	<input type="checkbox"/> Animalario _____
Bloque (R) - 5to piso	Bloque (O) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Sala de cirugía estereotáctica _____	<input type="checkbox"/> Sala de análisis comportamental _____
<input type="checkbox"/> Neuroanatomía _____	
<input type="checkbox"/> Aula múltiple _____	

FECHA Y HORAS DE USO					NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio	Hora finalización		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

<input type="checkbox"/> Software _____	<input type="checkbox"/> Computador _____
<input type="checkbox"/> Eq. de laboratorio _____	<input type="checkbox"/> Pruebas psicométricas _____

5

ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso	Bloque (R) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Salón pruebas psicométricas _____	<input type="checkbox"/> Salas de registro psicofisiológico _____
<input type="checkbox"/> Módulo experimental de cognición _____	<input type="checkbox"/> Cámara de Gesell _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio psicosocial _____	<input type="checkbox"/> Animalario _____
Bloque (R) - 5to piso	Bloque (O) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Sala de cirugía estereotáctica _____	<input type="checkbox"/> Sala de análisis comportamental _____
<input type="checkbox"/> Neuroanatomía _____	
<input type="checkbox"/> Aula múltiple _____	

FECHA Y HORAS DE USO					NÚMERO DE ASISTENTES	SERVICIO			
Día	Mes	Año	Hora inicio	Hora finalización		Asesoría técnica	Práctica	Capacitación Describir el tema	Otro Describir ¿Cuál?
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LABORATORIO REQUERIDO:

INSTRUMENTOS (Seleccione los materiales requeridos y describa el nombre específico)

<input type="checkbox"/> Software _____	<input type="checkbox"/> Computador _____
<input type="checkbox"/> Eq. de laboratorio _____	<input type="checkbox"/> Pruebas psicométricas _____

6

ESPACIOS (Seleccione las instalaciones requeridas y describa el nombre del procedimiento a realizar)

Bloque (O) - 5to piso	Bloque (R) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Salón pruebas psicométricas _____	<input type="checkbox"/> Salas de registro psicofisiológico _____
<input type="checkbox"/> Módulo experimental de cognición _____	<input type="checkbox"/> Cámara de Gesell _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio psicosocial _____	<input type="checkbox"/> Animalario _____
Bloque (R) - 5to piso	Bloque (O) - 4to piso
<input type="checkbox"/> Sala de cirugía estereotáctica _____	<input type="checkbox"/> Sala de análisis comportamental _____
<input type="checkbox"/> Neuroanatomía _____	
<input type="checkbox"/> Aula múltiple _____	