



Recinto de Ciencias Médicas  
Decanato de Administración  
Oficina de Seguridad

Número Registro. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

NOTIFICACION PERDIDA DE TARJETA DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_

- Empleado Número: \_\_\_\_\_.
- Estudiante Número: \_\_\_\_\_.
- Facultad Docente: \_\_\_\_\_.

Razones de la pérdida.

- Extraviada
- Apropiación Ilegal

Departamento o Facultad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Querellante

\_\_\_\_\_  
Firma Oficial Autorizada  
Director De seguridad