



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