



Recinto de Ciencias Médicas  
Decanato de Administración  
Oficina de Seguridad

FECHA: \_\_\_\_\_

Número Registro. \_\_\_\_\_

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA REPRODUCIR LLAVES

Nombre del Funcionario: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ . Decanato: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_.

Edificio: \_\_\_\_\_ . Piso: \_\_\_\_\_ Numero de la Puerta: \_\_\_\_\_

Razones para la solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Solicitante

\_\_\_\_\_

Firma del Decano

**USO OFICIAL**

Solicitud es.

APROBADA

DENEGADA

Razones:

\_\_\_\_\_

Trabajo Realizado y Entregado a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Cerrajero

\_\_\_\_\_

Firma Oficial Autorizada  
Director De seguridad