



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
 DECANATO DE ADMINISTRACIÓN
 OFICINA DE SEGURIDAD

SOLICITUD DE PERMISO ESTACIONAMIENTO BAJO TECHO

INFORMACION DEL EMPLEADO			
Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Escuela o Decanato		Departamento	
Rango		Puesto	
Tipo de Nombramiento		Supervisor Inmediato	
Teléfono Oficina		Teléfono Celular	
INFORMACION DE LA LICENCIA			
Tipo de Licencia <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Vehículo Pesado		Número de Licencia	
Observaciones			
INFORMACION DEL VEHICULO			
Marca del Vehículo	Modelo	Año	Tablilla
INFORMACION SOBRE EL PERMISO DE ESTACIONAMIENTO			
Numero de Permiso de Uso	Tipo de Permiso <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Provisional	Estatus del Permiso <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo	
Fecha de Entrega	Permiso Expira (mes/ Día/ Año)		
Número de Tarjeta Electrónica	Observaciones		
Firma del Solicitante	Firma Director de Seguridad		
USO OFICIAL			
Número de Control (Núm. ID)	Número de Sello	Número de Tarjeta	
OFICINA DE RECAUDACIONES			
Firma del Recaudador	Sud- Código 96170 Cuenta: 40399.391.000.4599.620.400900840000.00	Cantidad de Pago	Número del Recibo de Pago