



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
 DECANATO DE ADMINISTRACIÓN  
 OFICINA DE SEGURIDAD

**SOLICITUD DE PERMISO ESTACIONAMIENTO ESTUDIANTES**

INFORMACION DEL ESTUDIANTE				
Nombre (Letra de molde)	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Escuela		Numero estudiantes		
Grado Académico		Categoría Estudiante		
Año de Estudio		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	Color	Modelo	Año	Número Tablilla
INFORMACION SOBRE EL PERMISO DE ESTACIONAMIENTO				
Número 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)	
Firma del Solicitante			Firma Director de Seguridad	
USO OFICIAL				
Número de Control (Núm. ID)		Número de Sello		Color del Sello
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