

SOLICITUD DE SERVICIO DE INTERNET

Fecha

Por la presente, solicito el/los servicios de Internet abajo detallados, comprometiéndome a utilizarlos para los motivos que detallo en el presente formulario, con responsabilidad y para finalidades exclusivamente académicas, sin fines de lucro y aceptando que su uso indebido ocasionará la inhabilitación del mismo y mi baja definitiva del sistema. Además, me comprometo a tomar conocimiento de todas las normas vigentes relacionadas con el Uso de Recursos Informáticos dentro de la Facultad de Medicina de la UBA

Servicios Disponibles (tilde el/los que desea)	
Correo Electrónico	Proxy para acceso Full Text

Datos Personales del Solicitante	
Nombre y apellido	
D.N.L / L. E	
Dirección / CP	
Teléfonos (principal y alternativo)	
E-mail	
Legajo o N° expediente p/contratos	
Datos Académicos / Administrativos	
Instituto / Laboratorio / Hospital	
Cátedra / Dependencia	
Lugar Desempeño (piso, sector) DOMICILIO COMPLETO	
Cargo o Función	
Materia que dicta (<i>completar sólo si es del área académica</i>)	
Motivos de la solicitud o área de Interés	

Datos a completar por la DGOS		
Cuenta:	Clave:	Fecha:

Firma del Solicitante

Firma del Autorizante