

SOLICITUD DE SERVICIO DE SONORIZACIÓN

Dependencia solicitante: _____

Fecha de solicitud: _____

Lugar donde se realizará la actividad: _____

Fecha de la actividad: _____ Hora de la actividad: _____

SERVICIO		
RAÍCES ANTILLANA ()	BALLET FOLKLÓRICO ()	TEATRO ()
ORQUESTA UNIVERSITARIA ()	BALLET DE DANZA MODERNA ()	SONIDO EN EXTERIOR ()
GRUPO FOLKLÓRICO ()	BALLET ZENZONTLE	SONIDO EN LUGAR CERRADO ()
MARIACHI MONUMENTAL	UNIVERSITARIO ()	OTRO: _____
UNIVERSITARIO ()	OTRO:	

Observaciones: _____

Vo.Bo.

(Director de la dependencia solicitante)

Autorizó

José Manuel Caballero Alejandro
Dir. General de Servicios de Apoyo Educativo

Nota: Las solicitudes deben ser mínimo cinco días antes de la actividad.

Si existiera algún contratiempo y no se llevara a cabo el evento, favor de cancelar el servicio a esta Dirección a los tel. 81 6 12 16 ó 81 1 98 00 ext. 1080100.

Av. Agustín Melgar S/N entre Juan de la Barrera y Calle 20 Col. Buenavista
C.P. 24039 San Francisco de Campeche, México.

Tel. (981) 81 1 98 00 Ext. 1080203

R01/0610

R-DSE-AUD-08