



Solicitud de videoconferencia v.1.1

(Favor de llenar e imprimir este formulario para su entrega al personal de Cómputo y Redes)

Datos del solicitante

Nombre: _____ Fecha de elaboración: ____/____/____

Correo: _____@cimat.mx Extensión: _____ Área: _____

Nombre/título de la videoconferencia: _____

Participantes

Instituto/sitio con el que se realizará la VC: _____

Participante del Instituto/sitio: _____

Participante principal del CIMAT en la VC: _____

Reservación de la videoconferencia

Día de la videoconferencia: ____/____/____

Hora de inicio: ____:____hrs Hora de término: ____:____hrs Tipo: _____

Requerimientos adicionales: _____

¿Se requiere transmitir presentación de PowerPoint o algún material multimedia desde una PC? Sí No

Número de asistentes locales: _____

Pruebas

(para ser llenado por el personal de Cómputo y Redes)

Nombre del contacto: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____hrs

Resultado de las pruebas: _____

Observaciones: _____

Realizó pruebas: _____

Evaluación

(para ser llenado por el participante)

¿Cómo califica la videoconferencia? Mala Regular Buena

Miembro de Cómputo y Redes que realizó la videoconferencia: _____

Observaciones: _____

Firma del participante

____/____/____
Fecha de revisión