



Solicitud de Autorización para Venta de Alimentos

Nombre Solicitante: _____

Teléfono: _____

Organización o entidad que solicita: _____

Reconocida por el Decanato de Estudiantes: () Sí () No

Email: _____

Tipo de comida: _____

Fecha de venta: _____
(Indique si es lunes, martes, miércoles, etc.)

Hora que comienza: _____ Hora que finaliza: _____

Lugar de la venta: _____

A quienes les va a vender:

- () Profesores () Miembros
() Estudiantes () Público General

Comentarios:

FIRMA _____ FECHA _____

VISTO BUENO DE LA DECANA AUXILIAR DE LA OFICINA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS:

María de los A. Garay, Decana Auxiliar
Oficina de Asuntos Administrativos