



**FORMULARIO SOLICITUD LABORATORIO CENTRAL DE SALUD 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA****DIA** | **HORARIO** | **N.º DE ESTUDIANTES** | **EQUIPOS O MATERIALES REQUERIDOS**  | **MATERIA** | **DOCENTE A CARGO DE LA ACTIVIDAD**  | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **OBSERVACIÓN** |
| **LUNES****\_\_\_\_\_\_\_\_** | **9:00 a 10:00** |  |  |  |  |  |  |
| **10:00 a 11:00** |  |  |  |  |
| **11:00 a 12:00** |  |  |  |  |
| **12:00 a 13:00** |  |  |  |  |
|  | **14:00 a 15:00** |  |  |  |  |  |  |
| **15:00 a 16:00** |  |  |  |  |
| **16:00 a 17:00** |  |  |  |  |
| **17:00 a 18:00** |  |  |  |  |
| **18:00 a 19:00** |  |  |  |  |
| **19:00 a 20:00** |  |  |  |  |
| **MARTES****\_\_\_\_\_\_\_\_** | **9:00 a 10:00**  |  |  |  |  |  |  |
| **10:00 a 11:00** |  |  |  |  |
| **11:00 a 12:00** |  |  |  |  |
| **12:00 a 13:00** |  |  |  |  |
| **14:00 a 15:00**  |  |  |  |  |  |  |
| **15:00 a 16:00** |  |  |  |  |
| **16:00 a 17:00** |  |  |  |  |
| **17:00 a 18:00** |  |  |  |  |
| **18:00 a 19:00** |  |  |  |  |
| **19:00 a 20:00** |  |  |  |  |

**Se requiere se detallen los materiales que van a precisar para cada actividad para poder prepararlos con anticipación. En caso de cancelar actividad informar con 24 hs de antelación como mínimo.**