

Folio de solicitud: _____

Campos obligatorios

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo: _____

ID: _____

Puesto: _____

Área: _____

Correo electrónico: _____

Extensión: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Indique nombre de personal autorizado a realizar la recepción de correspondencia institucional sin costo:

| Nombre completo | Correo electrónico | Teléfono / extensión |
|-----------------|--------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Solicitado por: _____

Nombre y Firma
Jefe o Director del área solicitante

Autorizado por: _____

Nombre y Firma
Director General del área solicitante

Consideraciones:

Máximo de 3 personas autorizadas por área para la entrega de mensajería y correspondencia institucional

Toda entrega de mensajería y correspondencia requerirá la exhibición física de la credencial institucional UDLAP vigente ó identificación oficial vigente, del personal autorizado

Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 h · mensajeria.correos@udlap.mx · Ext. 2070