|  |
| --- |
| Fecha |

 Por la presente, solicito el/los servicios de Internet abajo detallados, comprometiéndome a utilizarlos para los motivos que detallo en el presente formulario, con responsabilidad y para finalidades exclusivamente académicas, sin fines de lucro y aceptando que su uso indebido ocasionará la inhabilitación del mismo y mi baja definitiva del sistema. Además, me comprometo a tomar conocimiento de todas las normas vigentes relacionadas con el Uso de Recursos Informáticos dentro de la Facultad de Medicina de la UBA (https://servicios.fmed.uba.ar/actualizarDatos/politicas.php)

|  |
| --- |
| **Servicios Disponibles** *(tilde los necesarios)* |
|  Correo FMED *(correo electrónico institucional)* |  | Proxy FMED *(acceso a Intranet desde fuera de MEDICINA)* |  |

|  |
| --- |
| 1. **Datos de la Cuenta: “*usuario*@fmed.uba.ar”**
 |
| Uso de la cuenta *(“personal” o “materia XX”, “cátedra XX”, etc)* |  |
| Sugerencias de nombre de usuario *(sujeto a disponibilidad)* |  |

|  |
| --- |
| **Datos del Responsable de la Cuenta** |
| Apellidos Completos |  |
| Nombres Completos |  |
| D.N.I. (Sin puntos) |  |
| Teléfonos *(Móvil / Fijo, NO LABORAL)* |  |
| Correo Electrónico Alternativo |  |
| N.º de Legajo *(Docente / No Docente)* |  |

|  |
| --- |
| **Datos Académicos / Administrativos** |
| Instituto / Laboratorio / Hospital |  |
| Cátedra / Dependencia |  |
| Lugar Desempeño *(piso y sector, domicilio completo)* |  |
| Cargo o Función |  |
| Materia que dicta*(sólo área académica)* |  |

1. **Por normativa, este formulario deberá estar firmado y sellado por el/la DIRECTOR/A de cátedra/dirección o TITULAR de la materia. De no poder firmar, debe ser éste/ésta quién envié la solicitud adjunta desde su correo institucional a *redes@fmed.uba.ar* para poder avalar la misma.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Solicitante |  | Firma del Autorizante |
|  | Nro D.N.I.  |
|  |  | Correo inst. |