

**LABORATORIO DE PROTOTIPADO**

**Formato de requerimiento de servicio de maquinado de prototipo. Versión B**

Fecha
/ /

Nombre		Datos de contacto		
		Correo electrónico		Teléfono
Aplicación		Usuario interno		
		Código Alumno	Código Profesor	
		Proyecto	Licenciatura	Posgrado

Tipo de prototipo		Descripción del prototipo		
Diseño de circuito impreso				
Diseño de prototipo en 3D				
Requerimientos específicos del Prototipo				
DIMENSIONES:				
CORTE ESPECIAL:				
OTROS:				
OBSERVACIONES:				

PARA USO INTERNO						
Número de caras PCB			Insumos requeridos		Observaciones	
1		2				
PCB proporcionado por usuario						
Si		No				
Prototipo aprobado					Prototipo entregado	
Fecha	/	/			Fecha	/ /
FIRMA DE JEFE DEL DEPARTAMENTO					JEFE DEL LABORATORIO DE PROTOTIPADO	