|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE REGISTRO FOTOGRÁFICO/AUDIOVISUAL\*** |
| **FECHA**   /    /      |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| DEPENDENCIA: |       |
| NOMBRE DEL REFERENTE: |       |
| TELÉFONO DE REFERENCIA: |       | CELULAR: |       |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL REFERENTE: |       |
| CORREO ELECTRÓNICO DE LA DEPENDENCIA: |       |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL EVENTO** |
| DETALLES DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR:       |
|       |
| LUGAR:       |
| FECHA:    /    /      | HORA DESDE:       | HORA HASTA:       |

|  |
| --- |
| **REQUERIMIENTOS** |
| FOTOGRAFÍA [ ]  | VIDEO [ ]   |
| ENTREVISTA [ ]  |
| SOLO IMÁGENES [ ]  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del referente | Aclaración de firma |

Nota: Dada la disponibilidad de recursos y el volumen de demandas, no se incluye el registro de actividades en su totalidad u otro tipo de grabaciones de larga duración (ponencias, seminarios, jornadas académicas, etc.) Solamente se grabará con criterios de difusión.

**\*Presentar la solicitud con anticipación.**

Podrá entregar el formulario personalmente en la Oficina 0 o enviarlo al correo **comunicacion@utu.edu.uy**