**SOLICITUD DE VISITA GUIADA**

**A LA DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA Y ARCHIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: |  |
| CARGO: |  |
| INSTITUCION O DEPENDENCIA: |  |
| MUNICIPIO: |  |
| RESPONSABLE DEL GRUPO: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |
| TELÉFONO (S): |  | EXTENSIÓN: |

**DATOS DEL GRUPO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE INSTITUCIÓN: |  |
| GRADO DE ESCOLARIDAD: |  |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES: |  |
| ESPECIFICAR SI HAY ALGUNA PERSONA(S) CON DISCAPACIDAD: |  |
| FECHA Y HORA QUE SOLICITA PARA LA VISITA: |  |
| OBSERVACIONES: |  |

**NOTA:** LAS VISITAS TIENEN QUE SER AGENDADAS CON ANTICIPACIÓN, PARA AJUSTAR A LOS HORARIOS Y DÍAS DISPONIBLES; EN EL H. CONGRESO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA.

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
|  |