



SOL·LICITUD DE VIDEOCONFERÈNCIA

DADES DEL SOL·LICITANT

Nom: *	Cognoms: *	
Unitat estructural:	Edifici:	Despatx:
Direcció electrònica: *	Telèfon: *	Fax:

DADES DEL REMOT

Nom: *	Cognoms: *
Direcció electrònica:	Telèfon:
Centre/Entitat:	País/Província:
Horaris de contacte:	

DETALLS DE LA VIDEOCONFERÈNCIA

Data i hora ⁽¹⁾ : *	
⁽¹⁾ L'horari de les aules és de 8:30 a 20:30	
Motiu de la sol·licitud:	
Tipus de connexió:	
<input type="checkbox"/> IP IP destí: - - - IP local: 147.83.36.233	<input type="checkbox"/> Altres:
<input type="checkbox"/> SKYPE	
Qui realitza la trucada?	Transmissió des de:
<input type="checkbox"/> El remot <input type="checkbox"/> El sol·licitant	<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> Portàtil <input type="checkbox"/> MAC
Assistència de públic a la sala: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En cas afirmatiu: El públic forma part activa en la videoconferència? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Número d'assistents:	

DETALLS DE L'AUDIOCONFERÈNCIA

Tipus de trucada:	<input type="checkbox"/> Analògica <input type="checkbox"/> Altres:
Qui realitza la trucada?	<input type="checkbox"/> El remot <input type="checkbox"/> El sol·licitant

(*) camps obligatoris

OBSERVACIONS

PROVES

És recomanable que qualsevol acte que es realitzi a l'aula vagi precedit de les proves i assaigs pertinents, amb el fi de determinar la compatibilitat de tots els equips que s'hagi d'utilitzar en el mateix i el bon funcionament conjunt.

El sol·licitant

Confirmació de la sol·licitud

Data:

Data: