 

SOLICITUD DE SERVICIO EDUCATIVO

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE |  |
| NOMBRE INSTITUCIÓN |  |
| RESPONSABLE DEL GRUPO |  |
| TELÉFONO |  |
| MAIL: |  |

SERVICIO EDUCATIVO QUE SOLICITA (marcar con una X)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VISITA GUIADA** |  | **TALLER EDUCATIVO** |  | **CHARLA EDUCATIVA** |  |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** |
| **FECHA DE SOLICITUD** |  |
|  |  |
| **HORARIO DE SOLICITUD** |  |
|  |  |
| **NIVEL EDUCATIVO DEL GRUPO** |  |
|  |  |
| **Nº DE PERSONAS QUE COMPONEN EL GRUPO** |  |
|  |  |
| OBJETIVO DE SU VISITA |

Comunicarse con Susana Chacana Hidalgo

+56 452 896785

susana.chacana@museoschile.gob.cl