



LABORATORIO MULTIDISCIPLINARIO DE CARACTERIZACIÓN DE NANOESTRUCTURAS Y MATERIALES



Solicitud de Servicio No. \_\_\_\_\_ (Generado por el CNMN)

Técnica de Análisis Solicitada: \_\_\_\_\_  
(UNA SOLICITUD POR CADA EQUIPO)

Fecha de registro de la solicitud en el CNMN: \_\_\_\_\_

DATOS DE USUARIO			
Nombre del usuario registrado*:		Nombre del responsable de las muestras: (en caso de no ser el usuario registrado)	
Clave de Proyecto SIP:		Unidad de Adscripción:	
Unidad de Adscripción:		Correo electrónico:	
Correo electrónico:		Teléfonos de contacto:	
Teléfonos de contacto:		Firma:	
Firma:			

\*El usuario registrado se compromete a respetar las condiciones del servicio descritas en el Procedimiento para el Uso de Servicios del CNMN (Octubre 2010) versión disponible en [www.nanocentro.ipn.mx](http://www.nanocentro.ipn.mx)

\*Todos los proyectos, tesis y trabajos beneficiados con los servicios del Centro deberán incluir un reconocimiento, usando la leyenda: **“Se reconoce el apoyo experimental del CNMN-IPN en la realización de los trabajos presentados”**. Enviando copia de la publicación donde se constata dicho reconocimiento al correo: [ecalvillo@ipn.mx](mailto:ecalvillo@ipn.mx)

IDENTIFICACIÓN DE LA(S) MUESTRA(S)*	DESCRIPCIÓN DE LA(S) MUESTRA(S)
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Indique con el mayor detalle posible el tipo de información ó resultados que desea obtener de las muestras (mediante la técnica aquí solicitada): p. ej., composición química, identificación de fases, espesor de película, imágenes por microscopía a “X” aumentos, etc. En caso de duda, puede consultar al Responsable del laboratorio respectivo.

Empty box for providing details of the information or results desired from the samples.

Indicar si la(s) muestra(s):	Fueron expuestas a vapores de Cl, S y/o F	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Biológicamente activas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Corrosiva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

\*(1) Máximo 5 muestras por solicitud; solo se recibe una solicitud a la vez por cada equipo.

Fecha de Recepción de Solicitud por el Laboratorio
--

PARA USO EXCLUSIVO DEL CNMN
Horas Estimadas de Servicio:
Fechas de las sesiones:
Fecha de entrega de Resultados:
Observaciones:

Horas totales de Servicio:
_____ Nombre y firma de quien recibe de conformidad los resultados:

Autoriza la Subdirección de Nanociencias: \_\_\_\_\_ (Fecha y firma) .....

Total de servicios realizados: \_\_\_\_\_