



Universidad de Puerto Rico  
 Recinto de Ciencias Médicas  
 Departamento de Cirugía  
**Sección de Neurocirugía**



Programa Piénsalo Primero

**Hoja de Solicitud para Actividades Educativas**

**Instrucciones:**

Llena los espacios correspondientes según aplique. Las actividades tienen una duración aproximada de una hora.

Nombre de la Institución:	Pueblo:
Dirección:	Teléfono:
Nombre persona contacto:	Fax:
Posición o puesto:	Celular:
Marca (x) tipo de institución: • Escuela: _____ Pública: _____ Privada: _____ • Grupo Comunitario: _____ ○ Indique, _____	
Información de participantes: • Edades: ○ _____ 10-12 años ○ _____ 13-15 años ○ _____ 16-18 años ○ _____ 19-20 años • Grado: ○ _____ 5to-6to grado ○ _____ 7to-9no grado ○ _____ 10mo-12mo grado • Cantidad de participantes: _____	Comentarios:  <hr/> Solicitado por:  Nombre:  Posición o puesto: