Santiago, xx de xxxx de xxxx

**Factibilidad Técnica Apoyo Equip2025**

El Jefe de Laboratorio / Responsable Centro de Investigación Nombre Apellido Apellido, Sede Nombre Sede, certifica que el equipo descrito en la siguiente Tabla, reúne las condiciones para ser instalado en la sala Nombre Sala ubicada en el Laboratorio Institucional de Investigación / Centro de Investigación del Campus Nombre Campus.

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipo** | **Datos** |
| Nombre |  |
| Marca |  |
| Modelo |  |
| Peso |  |
| Instalación en Suelo o Sobremesa |  |
| Dimensiones: Frente - Fondo - Alto |  |
| Consumo Amperes y Watts |  |
| Enchufe Monofásico o Trifásico |  |
| Requiere conexión a agua |  |
| Requiere conexión a desagüe |  |
| Requiere conexión a gas |  |
| Genera: calor - vapor |  |
| Genera ruido excesivo |  |
| Lugar donde se instalará |  |

|  |
| --- |
| **Nombre Apellido Apellido**Jefe de Laboratorio Sede Nombre SedeVicerrectoría de Investigación y DoctoradosUniversidad San Sebastián |

|  |
| --- |
| **Nombre Apellido Apellido**Responsable Centro de InvestigaciónSede Nombre SedeUniversidad San Sebastián |

**Carta FTAE-25-001**