UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS ESPACIALES
DEPARTAMENTO DE ARQUEOASTRONOMIA Y ASTRONOMIA CULTURAL

SOLICITUD DE VISITA ARQUEOASTRONOMICA

Solicitud Nº: _____ Fecha: _____

Institución: _____

Teléfonos: Correo electrónico:

Dirección física: _____

Personas que gestionan la visita: (nombre y número de contacto)	
Personas responsable del grupo visitante: (nombre y número de contacto)	

Categoría del grupo:

Estudiantes ☐ Primaria ☐ Grados: _____

Secundaria ☐ Área/ grados _____

Universitario ☐ Carrera o clase _____

Docentes ☐ Especifique área: _____

Otros ☐ Especifique: _____

Datos de la visita:

Fecha: _____ Horario: (inicio – fin) _____ Cantidad de visitantes: _____

Tema:

☐ Numeración y calendarios de los mayas
☐ El cielo de las culturas antiguas
☐ La medición del tiempo y las culturas antiguas
☐ La astronomía en el arte y la arquitectura de las culturas antiguas
☐ Otro Especifique: _____

Autorización DAQAC/FACES/UNAH	Fecha:		Día de la semana	Viernes
	Hora:	De:	Hasta:	
Firma DAQAC:				