Fecha:       Nº de solicitud: *a*

|  |
| --- |
| Nombre y Apellido del Solicitante:       |
| Nombre y Apellido del Investigador Responsable:       |
|  Correo Electrónico:       |
| Código y Título del Proyecto: *b*       |
| Título de la Tesis: *b*       |
| Título de la Tesina: *b*      |
| Nº de muestras:       |
| Longitud/es de onda de excitación (nm):       |
| Características de las muestras: *completar tabla adjunta* |

*a*  Para ser completado por el Laboratorio.

*b*  Completar lo que corresponda. Si las medidas se realizan en el marco de una Tesis o Tesina de CEQUINOR, completar solo el título de la Tesis o Tesina. En caso contrario, completar el Código y Título del proyecto acreditado.



Firma del investigador responsable

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre*c*** | **Fórmula química** | **Características fisicoquímicas y toxicológicas** | **Región espectral de interés (cm-1)** | **Bandas más Intensas (cm-1)** | **Observaciones** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

*c* Debe coincidir con el rótulo de la muestra entregada.