**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 03/12/2019.**

**SOLICITUD / TRÁMITE DE SEGURO PARA ESTUDIANTES DE LA FACULTAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Departamento: | |  | | | | | |
| Materia: | |  | | | | | |
| Lugar donde se desarrollarán las tareas: | |  | | | | | |
| Fecha período de cobertura del seguro: | | Desde |  | | Hasta | |  |
| Descripción de las tareas que se desarrollarán: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Apellidos** | **Nombres** | **D.N.I. Nº** | | **Nacimiento** | | **L.U. Nº** | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |

Esta Dirección autoriza que para el presente trámite de seguro se debiten los gastos de los fondos asignados al Departamento.

VºBº Director del Departamento Docente Responsable

(Firma y aclaración) (Firma y aclaración)

Autorización Secretaría Académica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorización Decano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_