**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_