SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO POR ACCIDENTE PERSONAL

PARA LAS ACTIVIDADES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

FUERA DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA

JEFE DEL DEPARTAMENTO

DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

S. / D

Quien suscribe, Sr. / Srta. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante activo/a de la carrera de Ingeniería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informa que realizará actividades correspondientes a la PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ entre los días \_\_/\_\_/\_\_ y \_\_/\_\_/\_\_ en el horario de \_\_\_\_ a \_\_\_\_horas.

Mar del Plata, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI Nro. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LEGAJO Nro. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento de Ingeniería Química y en Alimentos

Director/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma y sello/aclaración)

Autorizado/Visado: \_\_/\_\_/\_\_