**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, señor/ita **……………………………………………………………………………………**

alumno/a 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 …………………………………………………………………**

 (Nombres y Apellidos Completos)

**DNI Nro.: ……………… LEGAJO Nro.: ……………………..**

Departamento de Ingeniería Eléctrica/Electromecánica

Director/a **………………………………………………**

 (Firma y sello/aclaración)

 **Autorizado/Visado: ……/……/…...**