

## SOLICITUD DE COBERTURA ART

Código: FORM-HCDA-001

Versión: 0

Emisión: 6/9/18

## DEPARTAMENTO

--

APELLIDO/S NOMBRE/S N° LEGAJO N° CUIL  -  - 

## DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE LA FACULTAD

FECHA DE SALIDA  (DD/MM/AA)CIUDAD 1 DESDE FECHA  (DD/MM/AA)PAÍS HASTA FECHA  (DD/MM/AA)CIUDAD 2 DESDE FECHA  (DD/MM/AA)PAÍS HASTA FECHA  (DD/MM/AA)CIUDAD 3 DESDE FECHA  (DD/MM/AA)PAÍS HASTA FECHA  (DD/MM/AA)CIUDAD 4 DESDE FECHA  (DD/MM/AA)PAÍS HASTA FECHA  (DD/MM/AA)CIUDAD 5 DESDE FECHA  (DD/MM/AA)PAÍS HASTA FECHA  (DD/MM/AA)FECHA DE REGRESO  (DD/MM/AA)HORARIO EN QUE DESARROLLARÁ LA ACTIVIDAD: desde  hs hasta  hs

## PARA VIAJES AL EXTERIOR

EMPRESA DE ASISTENCIA AL VIAJERO 

Es obligatorio contar con cobertura de asistencia al viajero

FORMA DE TRASLADO

 Terrestre Aéreo Marítimo\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración Solicitante\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Departamento