

SOLICITUD DE COBERTURA ART

Código: FORM-HCDA-001

Versión: P.3

Emisión: 30/10/17

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

Elaboró/modificó: KA

Revisó: DQA

Aprobó: