



PLANILLA PEDIDO DE AUTORIZACIÓN DE SEGURO

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI N°: _____

Carrera: _____

Legajo N°: _____ Año que cursas: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre completo de la Institución: _____

Dirección : _____ Localidad: _____

Nombre completo del Directivo: _____

Duración de la práctica: *a partir de* ____ / ____ / ____ *hasta* ____ / ____ / ____

Horarios de la práctica: *desde* _____ *hasta* _____

Cátedra: _____ Docente: _____

IMPORTANTE

La presente solicitud debe completarse con letra clara, legible y con los datos de la institución correctos y completos. En caso contrario NO estarán asegurados en tiempo y forma.

Los alumnos deben estar al día con sus obligaciones arancelarias.

La presentación del formulario deberá realizarse 4 DIAS antes del inicio de la actividad en la institución.

Firma del alumno/a

Firma del Docente
Responsable