**SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO PARA ACTIVIDADES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA[[1]](#footnote-1)**

Santiago del Estero,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

# A la Sra. Secretaria de Administración

# de la FCEyT

## S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ informa que realizará actividades correspondientes a la PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA aprobada por Res. FCEyT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entre las fechas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Aclaración:

Mail para notificación:

1. Se debe solicitar, por mesa de entradas de la Facultad, con 72hs. hábiles de antelación al inicio de las PPS a fin de realizar las gestiones pertinentes ante la compañía de seguros. [↑](#footnote-ref-1)