

SOLICITUD DE COBERTURA ART

Código: FORM-HCDA-001

Versión: 1

Emisión: 02-05-2019

DEPARTAMENTO

--

APELLIDO COMPLETO	<input type="text"/>	NOMBRE COMPLETO	<input type="text"/>
N° LEGAJO	<input type="text"/>	N° CUIL	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL FUERA DE LA FACULTAD

FECHA DE SALIDA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)		
CIUDAD 1	<input type="text"/>	DESDE FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
PAÍS	<input type="text"/>	HASTA FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
CIUDAD 2	<input type="text"/>	DESDE FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
PAÍS	<input type="text"/>	HASTA FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
CIUDAD 3	<input type="text"/>	DESDE FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
PAÍS	<input type="text"/>	HASTA FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
CIUDAD 4	<input type="text"/>	DESDE FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
PAÍS	<input type="text"/>	HASTA FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
CIUDAD 5	<input type="text"/>	DESDE FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
PAÍS	<input type="text"/>	HASTA FECHA	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)
FECHA DE REGRESO	<input type="text"/>	(DD/MM/AA)		

HORARIO EN QUE DESARROLLARÁ LA ACTIVIDAD: desde hs hasta hs

PARA VIAJES AL EXTERIOR

EMPRESA DE ASISTENCIA AL VIAJERO	<input type="text"/>
Es obligatorio contar con cobertura de asistencia al viajero	
FORMA DE TRASLADO	<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo

Firma y Aclaración Solicitante

Firma y Sello Departamento