



FORMULARIO

SOLICITUD DE COBERTURA ART

Código: FORM-HCDA-001

Versión: 2

Emisión: 10-05-2022

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**
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: MC	Revisó: YA	Aprobó: GTE
Sistema de Gestión de la Calidad – sg.exactas.uba.ar/gestion/calidad		Página 1 de 1

Para proponer modificaciones a este formulario escribir a subse_gestion@de.fcen.uba.ar