



FORMULARIO

SOLICITUD DE COBERTURA ART

Código: FORM-HCDA-001

Versión: 2

Emisión: 10-05-2022

DEPARTAMENTO

APELLIDO COMPLETO

NOMBRE COMPLETO

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: 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