**SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO POR ACCIDENTE PERSONAL PARA LAS ACTIVIDADES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA FUERA DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO

DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

S. / D.

Quien suscribe, señor/ita **……………………………………………………………………………………**

alumno/a activo/a de la carrera de Ingeniería**………………………………**

informa que realizará actividades correspondientes a la PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA en:

…………………………………………………………………………………….

entre los días …../..…/..… y ..…/..…/..… en el horario de ……… a ………. horas.

Mar del Plata, ……………………………………………………………….

…………………………………

(Firma)

**ACLARACIÓN …………………………………………………………………**

(Nombres y Apellidos Completos)

**DNI Nro.: ……………… LEGAJO Nro.: ……………………..**

Departamento de Ingeniería Eléctrica/Electromecánica

Director/a **………………………………………………**

(Firma y sello/aclaración)

**Autorizado/Visado: ……/……/…...**