

SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE COBERTURA POR VIAJE

A los Sres. De Prevención A.R.T.
Grupo Sancor

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: U.N.L.P. Facultad de Ciencias Exactas

Nº DE C.U.I.T.: 30-54666670-7

NOMBRE Y APELLIDO DEL VIAJERO:

Nº DE C.U.I.L.:

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:

LUGAR DE DESTINO (ciudad – provincia/estado – país):

FORMA DE TRASLADO:

PERÍODO DE LA ESTADÍA:

TAREAS A REALIZAR:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

LUGAR Y FECHA: La Plata,

FIRMA RESPONSABLE DE LA EMPRESA: