**SOLICITUD DE EXTENSION DE COBERTURA POR VIAJE**

A los Sres. De Prevención A.R.T.

Grupo Sancor

**NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA:** UNLP. Facultad de Ciencias Exactas

**NÚMERO DE CUIT:** 30-54666670-7

**NOMBRE Y APELLIDO DEL VIAJERO:**

**Nº DE C.U.I.L.:**

**CARGO/S:**

**LUGAR DE DESTINO (ciudad-provincia/estado-país):**

**FORMA DE TRASLADO:**

**FECHA DE SALIDA:**

**FECHA DE REGRESO:**

**TELEFONO DE CONTACTO FAMILIAR:**

**MOTIVO/S DEL VIAJE:**

**CORREO ELECTRONICO:**

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

**LUGAR Y FECHA:** la Plata,

**FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO/SECRETARIA:**

**FIRMA DEL DPTO. DE PERSONAL:**