

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

SOLICITUD DE SEGUROS ALUMNOS PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS. Fecha: / /

Datos del Solicitante

Apellido y Nombre (completos como figuran en su DNI):

DNI: Registro: Fecha Nacimiento:

Datos del Lugar de desarrollo de la actividad.

Nombre de la Institución:

Dirección de la Institución:

Cuidad:

Período de la misma:

Días de la semana:

Horarios:

Fecha de inicio y fecha de finalización de la actividad:

.....

Nombre y Apellido del Docente Responsable:

Intervención de la Secretaria General y Administrativa

Se toma conocimiento de la presente solicitud y se pasa a Área Contable para que dar continuidad al trámite

Fecha: / /

.....
Firma Sec. Gral. y Administrativa

Confirmación del Área Contable con SAEBU

Fecha: / /

.....
Firma y Sello Área Contable

CUANDO ENVIEN COMPROBANTE DE SEGURO INCORPORARLO AL EXP-USL