**SOLICITUD DE COBERTURA AL EXTERIOR**

Esta cobertura corresponde solo a personal en las empresas afiliadas a **PREVENCIÓN ART** que deba viajar al exterior en cumplimiento de misión laboral y sufra un accidente de trabajo.

**OBLIGACIONES DE LA EMPRESA AFILIADA**

Deberá completar los ítems que a continuación se detallan y remitir al Área Médica-Cobertura al Exterior.

**NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA:**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**

**Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales**

**CUIT: 30-54666670-7**

**Contrato N°: 216247**

**Nombre y apellido del viajero:**

**N° de Cuil:**

**Lugar de destino:**

**Fecha de salida:**

**Forma de traslado:**

**Empresa Asistencia al viajero: Si**

**Destino, hospedaje y teléfono:**

**Detalle pormenorizado de los motivos del viaje:**

**Fecha de regreso:**

**Fecha…………………Firma del responsable de la empresa……………………….**