# Departamento de ART

Dirección de Salud Laboral

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. con el fin de solicitarle nos provea del certificado de cobertura correspondiente para el/los agente/s debajo mencionado/s en las fechas indicadas, los cuales desempeñaran tareas en representación de: Facultad de **…**

Dichas tareas son:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRE** | **CUIL** | **CARGO** | **PAIS A VIAJAR** | **DESTINO** | **FECHA SALIDA** | **FECHA REGRESO** | **Tel. de CONTACTO FAMILIAR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |