**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO**

Para poder **solicitar cobertura de seguro** deben enviar la solicitud, en forma simultánea, por:

* **Nota dirigida a la Sra. Vicedecana a/c de la Secretaría de Extensión Lic. Ana RECABARREN. La nota debe ser presentada en Mesa de entradas de la FEEYE 72 horas hábiles antes de la actividad, soporte papel.**
* **Dirección de correo electrónico:**

**extension\_capacitacion@feeye.uncu.edu.ar** **72 horas hábiles antes de la actividad, soporte digital en formato Word.**

Los datos que deben acompañar a la nota de **Solicitud de cobertura de seguro** (Anexo I) son los siguientes:

* Profesor Responsable
* Carrera y Asignatura
* Actividad a realizar
* Duración de la actividad
* Nombre y dirección de la Institución donde se realizará la actividad.
* Los datos del alumno son los siguientes:
	+ Apellido y nombre
	+ DNI
	+ Horario que realizará la actividad.
	+ Domicilio particular
	+ Fecha de nacimiento.

El trámite de cobertura se inicia cuando llega a la Secretaría de Extensión la nota de solicitud de cobertura de seguro, previa recepción del pedido por e-mail.

En caso de requerir **certificación de cobertura de seguro** para que lo alumnos lleven al ingresar a la institución, la solicitud debe ser tramitada 10 días hábiles antes de la salida.

 Anexo I: Formulario de solicitud de cobertura de seguro

Profesor responsable:

Carrera:

Asignatura:

Actividad a realizar:

Duración de la Actividad:

Nombre y dirección de la Institución donde se realizará la actividad.

Los datos de los alumnos son los siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y nombre | DNI Nº | Fecha de nacimiento | Horario en que realiza la actividad | Teléfono de contacto con la familia | Nombre de la Institución | Dirección de la Institución |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |