San Francisco, 20 de mayo de 2025

A la Dirección Administrativa,

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted/es a fin de informar la realización de una visita académica a la INSTITUCIÓN/EMPRESA. En función de ello, solicitamos se gestione el seguro de Responsabilidad Civil correspondiente, conforme a los datos que se detallan a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Carrera:* |  | *Materia:* |  |
| *Empresa/Institución* |  | *Fecha Visita:* |  |
| *Dirección:* |  | *Localidad:* |   |
| *Motivo de la Visita:* |  |
| *¿Se requiere emisión de certificado de cobertura?* |  |
| *Correo Electrónico para envío del certificado:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Docente/s a Cargo** | **DNI** |
|   |   |
|   |   |

|  |
| --- |
| **Nómina de Estudiantes** |
| **Apellido y Nombre** | **DNI** |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

***En caso de que el traslado de los alumnos se efectúe en vehículo particular, deberá adjuntarse a la presente una copia de la póliza de seguro correspondiente al vehículo utilizado.***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….……………………………… | ………………….……………………………… |
| Firma Docente a Cargo | Firma Director de Departamentode Carrera |