**Universidad Nacional de La Plata**

**Dirección de Salud de los RRHH**

**Departamento de ART**

Dirección de Salud de los RRHH

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: **La Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRE** | **CUIL** | **CARGO** | **PAÍS** | **DESTINO** | **FECHA SALIDA** | **FECHA REGRESO** | **CONTACTO FLIAR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Aval departamental: Firma…………………………………………………….Aclaración:……………………………**

**Departamento de Personal**, La Plata,…………. de………………..de 202