

ANEXO II
COMPROMISO DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DE RIESGO DE TRABAJO
PARA INVESTIGADORES/AS EXTERNOS/AS Y JUBILADOS/AS

HOJA MEMBRETADA

Lugar y fecha

Secretaria de Ciencia y Tecnología - Rectorado
Universidad Tecnológica Nacional
S/D

Por la presente, en mi carácter de Decano/a de la Facultad Regional
(I)....., me comprometo a contratar el/los
Seguro/s de Riesgo de Trabajo para el Proyecto de Investigación y Desarrollo
(II)....., dirigido por
(III)..... para:

- Nombre y Apellido - DNI
- Nombre y Apellido – DNI

Los seguros de riesgo de trabajo estarán vigentes a la fecha de inicio del
PID y por la duración de ejecución del mismo.

Sin otro particular, saluda atentamente

Firma y aclaración de Decano/a

- (I) Nombre de la Facultad Regional
- (II) Nombre y Código de Proyecto
- (III) Nombre de Director/a