**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTE Y**

**CERTIFICADO DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| **Nombre**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  **Apellidos**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  **RUT alumno:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  **Nombre de la Empresa:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  **RUT empresa:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  **Fecha de Inicio de la práctica profesional:** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Fecha de término de la práctica profesional**: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Horas semanales de trabajo en la práctica profesional:**  Elija un elemento.horas. |

La solicitud debe ser enviada vía correo electrónico a Secretaría de la Facultad a Angélica Rojas ([arojasa@uandes.cl](mailto:arojasa@uandes.cl)) y Cecilia Johnson ([cjohnson@uandes.cl](mailto:cjohnson@uandes.cl)).

El certificado estará disponible en un plazo de 3 días hábiles desde que se entrega la solicitud.

Se recuerda que los alumnos deben cumplir con una práctica profesional mínima de 200 horas trabajadas.