**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) y Cecilia Johnson (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.