## SOLICITAÇÃO DE CONTRATAÇÃO DE SEGURO

Este formulário deve ser preenchido somente nos casos em que o curso for fora do campus de lotação do funcionário para fins de contratação de [seguro de acidentes pessoais](http://www.dga.unicamp.br/dga/servicos/seguro-acidentes-pessoais-viagens-nacionais-afpu). O seguro é contratado apenas para as datas informadas na programação de aulas do curso.

1. **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR E INFORMAÇÕES PARA CONTRATAÇÃO DE SEGURO PESSOAL**

|  |  |
| --- | --- |
| UNIDADE/ÓRGÃO:       | DEPARTAMENTO:       |
| NOME:       | MATRÍCULA:       |
| DATA NASCTO:       | RG:       | ÓRGÃO EMISSOR/UF:       | CPF:       |

1. **INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO**

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO:      |
| ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO:        |

### PROGRAMAÇÃO DAS AULAS DO CURSO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **LOCAL**  | **DATA** | **LOCAL** | **DATA** | **LOCAL** |
| **CIDADE** | **UF** | **CIDADE**  | **UF** | **CIDADE**  | **UF** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |

### DECLARAÇÃO

### Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###  declaro ter informado corretamente todas as datas em que o curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ocorrerá fora do meu campus de lotação e comprometo-me a informar à EDUCORP caso haja alguma alteração de data e/ou local no decorrer do período de sua realização e estou ciente que se não informar a alteração estarei descoberto do seguro de acidentes pessoais provido pela EDUCORP.

###  Data/ Assinatura e Carimbo

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_