**ANEXO II**

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

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

1. Nombre de la Facultad Regional
2. Nombre y Código de Proyecto
3. Nombre de Director/a