|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Escudo distintivo de la Universidad de Chile - Universidad de Chile**FACULTAD DE CIENCIAS** | **FECHA:** |
| **ESCUELA DE POSTGRADO** | **N° SOLICITUD:** |
|  |  |
| **FICHA REBAJA DE ARANCEL (FRA)**  **Año 2024** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo**: | |
| **R.U.N**: | **N° Matrícula**: |
| **Celular**: | **E-mail**: |

**Matriculado/a**: \_\_ Si - \_\_ No

|  |
| --- |
| **Período Solicitud**: \_\_\_\_ 1er Semestre \_\_\_\_ 2ndo Semestre  **Programa de Postgrado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año de Ingreso**: \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situación Académica del/de la Estudiante**: |  |
| \_\_\_\_ Ingresando al Programa | \_\_\_\_ Desarrollo de Tesis |
| \_\_\_\_ Tomando Cursos | \_\_\_\_ Redacción de Tesis |
| \_\_\_\_ Proyecto de Tesis Aprobado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situación Becaria del/de la Estudiante**: |  |
| Postuló a Beca ANID u otra Beca (indique cual) \_\_ Si - \_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| \_\_\_\_ Tiene Beca ANID (adjunte certificado) | \_\_\_\_ Tiene otra Beca (indique cuál) |
| - Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Monto de arancel cubierto por la  Beca ANID: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Extensión aprobada: \_\_ Si - \_\_ No | - Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Monto de arancel cubierto por la  Beca: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Detalle su solicitud, indicando las situaciones especiales (si corresponde). La Comisión corroborará esta información.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y soy consciente que en caso de incurrir en alguna omisión o información errónea puede generar la exclusión del proceso de postulación o la pérdida del beneficio solicitado.**

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

Firma del/de la estudiante

**USO EXCLUSIVO ESCUELA DE POSTGRADO**

**Observaciones de la Escuela:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Director/a de Postgrado. |

**USO EXCLUSIVO UNIDAD DE CONTROL DE ARANCELES**

**Situación Económica del/de la estudiante**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Control de  Aranceles de Postgrado |

**USO EXCLUSIVO VICEDECANATO**

|  |
| --- |
| **Resolución**: |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vicedecano y Presidente de la Comisión  de Aranceles de Postgrado |