



fcfm

Escuela de Ingeniería y Ciencias
Bienestar Estudiantil

FACULTAD DE CIENCIAS
FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
UNIVERSIDAD DE CHILE

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE APOORTE DE TERCEROS

Yo _____apoderado

(a) del

Estudiante _____declaro bajo juramento

que recibo aporte (s) proveniente(s) de _____

_____consistente (s) en _____.

mensuales.

(El antecedente entregado puede ser verificado por el Servicio de Bienestar

Estudiantil).

Nombre Completo

Rut y Firma

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Beauchef 850
Santiago - Chile
Tel.: (56 2) 9784262
(56 2) 9784273
Fax : (56 2) 6879231
(56 2) 9784262
www.fcfm.uchile.cl