

FORMULARIO CAMBIO DE INSTITUCION

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ALUMNO

RUT Alumno: _____ DV: _____
Nombres Alumno: _____
Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____
Dirección Particular: _____
Teléfono (Cod. Área) _____ Número: _____
Celular (09-08-07) _____ Número _____
E-Mail: _____ @ _____

DATOS DE LA CARRERA E INSTITUCION EN LA CUAL SE LE ASIGNO EL BENEFICIO

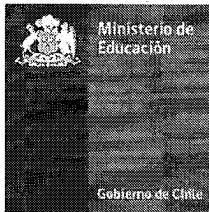
Nombre Institución: _____
Nombre Sede: _____
Nombre Carrera: _____
Año de Ingreso: _____

DATOS DE LA CARRERA E INSTITUCION A LA CUAL DESEA TRASLADARSE

Nombre Institución _____
Nombre Sede: _____
Nombre Carrera: _____
Código SIES: _____

DATOS DE BENEFICIOS QUE POSEE: Marque con X el(los) beneficio(s) que posee:

<input type="checkbox"/> Bicentenario	<input type="checkbox"/> Hijo de Profesionales de la Educación
<input type="checkbox"/> Puntaje PSU	<input type="checkbox"/> Excelencia Académica
<input type="checkbox"/> Juan Gómez Millas	<input type="checkbox"/> Nuevo Milenio o Excelencia Técnica
<input type="checkbox"/> Pedagogía	<input type="checkbox"/> Vocación de Profesor
<input type="checkbox"/> Traspaso Valech	<input type="checkbox"/> Valech Titular
<input type="checkbox"/> Articulación	<input type="checkbox"/> Reubicación
	<input type="checkbox"/> Fondo Solidario de Crédito Universitario



Declaro conocer que esta solicitud será por única vez y de forma excepcional, y ésta no me excluye de otros requisitos de renovación. Junto con esto, declaro conocer que la aprobación del cambio de carrera y/o institución sólo financiará los semestres restantes de duración del beneficio, en referencia al año en el que éste se me asignó.

FIRMA BENEFICIADO

FECHA DE SOLICITUD