FACULTAD
ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

INSCRIPCION DE ASIGNATURAS

NOMBRE COMPLETO: .....

R.U.T. N° **: .....**

EMAIL **: .....**

Por la presente **autorizo** a la Secretaría de Estudios inscribir en el Sistema Curricular de la Universidad de Chile, la (s) siguiente (s) asignatura (s) que **no registré** en el sitio www.alumnos.uchile.cl debido a:

…….

ASIGNATURAS A INSCRIBIR SEMESTRE PRIMAVERA 2016	**NIVEL**
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Hago presente además, que me encuentro en conocimiento de la reglamentación que regula la inscripción de asignaturas.

OBSERVACIONES:
Si tengo tope de horario por actividades prácticas entre asignaturas de distinto nivel, mi actividad es en el siguiente horario, como lo certifica el Profesor Responsable de la asignatura:

Asignatura:.....

.....

.....

.....

NOMBRE PROFESOR RESPONSABLE **FIRMA PROFESOR**

.....
(FIRMA ALUMNO)

SANTIAGO,.....de.....del 2016.