**SOLICITUD CONCESIONES ACADÉMICAS DE EXCEPCIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

N° Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

(uso exclusivo facultad)

Información Estudiantes:

|  |
| --- |
| Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| RUT: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Domicilio: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Teléfono: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Carrera: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Nivel: Elija un elemento. |

**Solicita:**

|  |
| --- |
| Inscripción de asignatura con exceso en Créditos |
| Inscripción asignatura con tope de horario |
| Inscripción asignatura sin cumplir requisitos |
| Reincorporación De Estudios (semestre – año) Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Eliminación de asignaturas (semestre – año) Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Ingreso Especial |
| Inasistencia a Clases y Pruebas |
| Convalidación asignaturas |
| Examen de Idoneidad |
| Traslados-Cambio Carrera |
| Otros (indicar) Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Certificado médico |
| Adjunta documentos: | Informe social |
|  | Pago impuestos |
|  | Otros antecedentes |

Por las razones que expone:

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

Firma del Solicitante

**Observaciones (uso exclusivo SUBDIRECCION)**

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

FIRMA SUBDIRECTORA