**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