

SOLICITUD - PREGRADO

NOMBRE Y APELLIDOS Camila Castillo Alonso
CARRERA Antropología
CÉDULA DE IDENTIDAD 19.461.014-9
AÑO DE INGRESO 2015 AÑO de EGRESO
DOMICILIO H. skobing #1030 Dep. 36
COMUNA Ñuñoa TELÉFONO 66030577
CORREO ELECTRÓNICO camila.castilloalonso@gmail.com
FECHA DE SOLICITUD 6 - Junio - 2017

SOLICITA Renunciar al curso de Método Científico, adjuntando certificado médico

Camila B.C.A.

Firma

Corte aquí

EL SOLICITANTE DEBE CONSULTAR EN LA SECRETARÍA DE ESTUDIOS LA RESPUESTA A SU PETICION y ADEMÁS DEBERÁ FIRMAR QUE TOMÓ CONOCIMIENTO.

Nombre

Solicita

Fecha

HORARIO: 09:00 a 14:00 horas.

Santiago, 5 de junio de 2017

CERTIFICADO

Realizo el presente certificado a solicitud de paciente Camila Castillo Alonso, RUT: 19.461.014-9, quien se atiende desde mayo de 2017 en centro *Psíclico*, por motivos de salud mental.

A raíz de la naturaleza de los síntomas de la paciente, y considerando la necesidad actual de la paciente de adherir a un esquema farmacológico, se certifica la recomendación médica de disminuir la carga curricular de la usuaria. Se solicita específicamente otorgar y facilitar la reducción de su malla académica.

De requerir otros certificados e informes, favor dirigirse al correo psqvillegas@gmail.com, o mediante carta a la dirección del centro.

Sin otro particular, me despido atentamente.



Dr. Diego Villegas L.
Psiquiatría Adulto
16.468.274-9

Dr. Diego Villegas Lillo
Psiquiatría Adultos
16.468.274-9