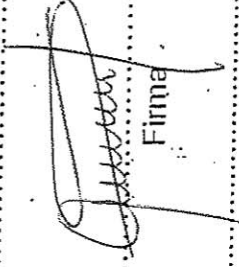


## S O L I C I T U D - P R E G R A D O

NOMBRE Y APELLIDOS ..... Marilda Castillo Leon .....  
CARRERA ..... Antropología .....  
CÉDULA DE IDENTIDAD ..... 19.377.934-3 .....  
AÑO DE INGRESO ..... 2014 ..... AÑO de EGRESO .....  
DOMICILIO ..... Caspar de Orense #4772 .....  
COMUNA ..... Estación Central ..... TELÉFONO ..... 931220166 .....  
CORREO ELECTRÓNICO ..... mycastillo95@gmail.com .....  
FECHA DE SOLICITUD ..... 20/03/2018 .....

SOLICITA ..... Reconsideración eliminación académica por cepachos los normas  
..... del 1er semestre del 2017 y reincorporación para el 1er semestre 2018 .....  
..... El motivo de haber dejado los estudios fue a causa de un problema de  
..... salud mental, específicamente un Trastorno Ansioso Depresivo, que no dejó  
..... llevar a cabo la finalización del semestre. Al afectar me psíquica y  
..... físicamente me vi imposibilitada de hacer los trámites correspondientes para  
..... congelar mis estudios.  
..... Adjunto certificado de psiquiatra. .....

  
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.

**DRA. CONSUELO ARACENA DIAZ**

PSIQUIATRA

R.U.T.: 5.616.073-6 - R.N.C.M.: 10.177-K

SALESIANOS 1190 - SAN MIGUEL

TELEFONO: 522 33 37 - 522 14 84 - CEL: 09. 476 23 91

Nombre Paciente: Mons. lo Cortello Leon Fecha: 20 / Mayo 2018  
Edad: 23 Rut: 19347974 Ciudad:   
DOMICILIO:

Rp:

*El médico preparamos  
que vamos a certificar que  
lo Gerente Morisolo Cortello  
León está en condiciones de  
retornar los estudios.  
Se trata por un trastorno  
ansioso depresivo, que no le  
permite seguir los estudios  
académicos*

*Saludos Atte a Uds*

*Consuelo Aracena Diaz*  
Psiquiatra Geriátrica

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSPENDIDO

522 33 37 - 522 14 84 - CEL: 09. 476 23 91

L. Berroche - Jose Manriquez - Rut: 5.824.235-0 - fno: 522.0981 - Sgo.