

MEMORÁNDUM N° 025

A : Unidad de Matrícula y Aranceles
Universidad de Chile

DE : Prof. Andrés Antivilo Bruna
Secretario de Estudios - FACSO.

FECHA : SANTIAGO, 13 de marzo de 2019

Me permito informar a usted, para su conocimiento y trámite a que haya lugar, la **RENUNCIA** a la carrera de **ANTROPOLOGÍA**, de **CATALINA GALLARDO GARCÍA**, Matrícula N° 2019850467, Cédula de Identidad N° 20.462.7142, por motivos personales de adaptación.

Atentamente,

 

Prof. Andrés Antivilo Bruna
Secretario de Estudios


**GRATUIDAD
Y BENEFICIOS**
estudiantiles

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES
1.- ANTECEDENTES GENERALES
DATOS DEL ALUMNO

Rut alumno: 20.462.714 DV: 2
 Nombres alumno: Catalina Jesús
 Apellido paterno: Gallardo
 Apellido materno: García
 Teléfono (Cód. Área) _____ Número: _____
 Celular (09-08-07-06-05) _____ Número: 56104039
 E-mail: Catagallardogarcia22 @ gmail.com

DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución Universidad de Chile
 Nombre carrera: Antropología
 Año de ingreso: 2019

DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

☒ Gratuidad	☐ Articulación
☐ Puntaje PSU	☐ Hijos de Profesionales de la Educación
☐ Bicentenario	☐ Reparación - Titular Valech
☐ Juan Gómez Millas	☐ Reparación - Traspaso Valech
☐ Vocación de Profesor	☐ Reubicación
☐ Pedagogía	☐ Continuidad de Estudios U. ARCIS
☐ Excelencia Académica	☐ Continuidad de Estudios U. Iberoamericana
☐ Nuevo Milenio o Excelencia Técnica	☐ Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos

2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

2019	☒	1° semestre
	☒	2° semestre



**GRATUIDAD
Y BENEFICIOS**
estudiantiles

Motivo de Suspensión (marque con x)

- ☐ Embarazo
- ☐ Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- ☐ Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- ☐ Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- ☐ Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- ☐ Pasantía en el extranjero
- ☐ Problemas de salud del estudiante
- ☐ Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- ☐ Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- ☐ Condena Judicial
- ☒ Otro

Declaro conocer que la suspensión de los beneficios que poseo, queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.

Cotolima G.

FIRMA BENEFICIADO

21. 06. 2019.

FECHA DE SOLICITUD

Araceli Navarrete

NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN



13. 08. 2019.

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN

Observaciones Institución:

Renuncia a la carrera