



GRATUIDAD
Y BENEFICIOS
estudiantiles

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ALUMNO

Rut alumno: 20.282.801-9 DV:
Nombres alumno: Pía Fernanda
Apellido paterno: Figueroa
Apellido materno: Jiménez
Teléfono (Cód. Área) Número:
Celular (09-08-07-06-05) Número: 931 83930
E-mail: piaffernanda.fj@gmail.com

DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución Universidad de Chile.
Nombre carrera: Psicología
Año de ingreso: 2017

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)

2020		1° semestre
		2° semestre



**GRATUIDAD
Y BENEFICIOS**
estudiantil

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.

FIRMA BENEFICIADO

09.12.2019.

FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN

Observaciones Institución:
