

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

Rut estudiante: 20603638 DV: 9
Nombres estudiante: Lexan Alexander
Apellido paterno: Bascuñán
Apellido materno: González
Teléfono (Cód. Área) _____ Número: _____
Celular (09-08-07-06-05) +569 Número: 35703283
E-mail: Lexa.bascu @ gmail.com

DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución Universidad de Chile
Nombre carrera: Pedagogía en Educación de Párvulos
Año de ingreso: 2020

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

- | | |
|---|--|
| ☒ Gratuidad | ☐ Hijos de Profesionales de la Educación |
| ☐ DTE ¹ o Puntaje PDT/PSU | ☐ Reparación - Titular Valech |
| ☐ Bicentenario | ☐ Reparación - Traspaso Valech |
| ☐ Juan Gómez Millas | ☐ Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos |
| ☐ Vocación de Profesor | ☐ Continuidad de Estudios U. del Mar |
| ☐ Excelencia Académica | ☐ Continuidad de Estudios U. ARCIS |
| ☐ Nuevo Milenio o Excelencia Técnica | ☐ Continuidad de Estudios U. Iberoamericana |
| ☐ Articulación | ☐ Continuidad de Estudios U. del Pacífico |

¹ DTE: Distinción a las Trayectorias Educativas

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

2023		1° semestre
	X	2° semestre

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 mi(s) beneficio(s) queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.



FIRMA BENEFICIADO

29-08-2023

FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN

Observaciones Institución:
