

FORMULARIO PROGRAMA DE TRASLADO DE *estudiantes*



ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE COMPLETO

RUT -

DIRECCIÓN

COMUNA CIUDAD

REGIÓN CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO @

ANTECEDENTES INSTITUCIÓN EDUCACIÓN SUPERIOR DE ORIGEN

NOMBRE INSTITUCIÓN

CARRERA

FACULTAD

MECIÓN Y/O ESPECIALIDAD

AÑO DE INGRESO

CANTIDAD DE ASIGNATURAS PLAN DE ESTUDIO CANTIDAD DE ASIGNATURAS APROBADAS

PROMEDIO PONDERADO ACUMULADO

ANTECEDENTES USACH

CARRERA A LA QUE POSTULA

FACULTAD

MOTIVOS POR LO QUE SOLICITA EL TRASLADO

FECHA _____

FIRMA _____



Nota: El alumno aceptado en virtud de un traslado no podrá acceder a becas otorgadas por la Universidad. En caso de tener beneficios del Ministerio de Educación o Crédito con Aval del Estado, deberá acercarse a la Dirección de Apoyo al Estudiante para ver su situación.
Consultas a: traslados@usach.cl o al 718 01 07

Uso Interno

Número: _____ Fecha: _____ Recepcionado por: _____