



**BENEFICIO SEMESTRE EN EL EXTRANJERO
BECA VOCACIÓN DE PROFESOR
PRIMERA CONVOCATORIA 2017**

CARTA DE AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DE LA UNIVERSIDAD EN CHILE

A completar por el/la Decano/a, Jefe o Director de carrera de la institución educacional o autoridad equivalente:

Nombre del/de la postulante	
RUT	

Datos sobre la institución:

Nombre de la institución		
Dirección		
Comuna		
Ciudad		
Región		
Teléfono		
Tipo de institución	Pública:	Privada:

Datos sobre el becario:

Indique el año de ingreso del/de la postulante a la institución educacional		
Duración de la carrera en semestres		
Número total de ramos de su carrera		
Número de ramos aprobados al momento de postular		
Número de ramos cursando al momento de postular		
Promedio de notas ponderado del/de la postulante al momento de postular		
Nombre de la institución donde cursará su semestre en el extranjero		
Modalidad bajo la cual postula al beneficio (marque con una X)	Convenio MINEDUC	Convenio Universidad Chilena
¿El tipo de convenio que posee la casa de estudios con la institución en el extranjero es de reciprocidad? (marque con una X)	Sí	No



<p>Señale el inicio y término del programa de estudios en el extranjero</p>	<p>Inicio programa: (dd/mm/año) Término programa: (dd/mm/año)</p>	
<p>Nombre de las asignaturas que serán convalidadas por la universidad al retornar a Chile (por lo menos 3 de las asignaturas cursadas deben ser convalidadas)</p>		
<p>Autoriza al/a la postulante a realizar estudios de un semestre en el extranjero (marque con una X)</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>
<p>La institución se compromete a convalidar las asignaturas cursadas por el/la postulante durante su semestre en el extranjero. (marque con una X)</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>



A completar por el/la representante legal y/o la autoridad directa de la institución educacional:

Declaro que he leído las bases que rigen la presente convocatoria, acepto a cabalidad sus condiciones y que estoy autorizado/a para completar el presente documento a nombre de la institución	
Nombre y Apellido	
Relación con el/la postulante	
Cargo que desempeña	
Fecha	

Firma Secretaría Académica.

Firma Jefe/a de Carrera

Firma Postulante

Timbre Institucional

“El becario será responsable de la veracidad, integridad y legibilidad de la información consignada en formulario.”