

Solicitud de reconocimiento de asignaturas aprobadas en la FCFM

Nombre: _____ RUT: _____

Nombre del Programa: _____

Listado de asignaturas cuyo reconocimiento está solicitando

Código	NOMBRE	U.D	NOTA	AÑO	TIPO*

* Tipo O: Obligatorio E: Electivo

Total UD: _____
 O= _____
 E= _____

Adjunta fotocopia de certificado de notas

Si No

 Firma del Coordinador del Programa

Fecha (dd/mm/aa) _____

RESOLUCIÓN DE LA ESCUELA DE POSTGRADO

Aprobación completa: Aprobación parcial: Rechazo de la solicitud:

Observaciones:

 Directora de Escuela de Postgrado

Fecha (dd/mm/aa) _____

NOTA: Este formulario se deberá completar mediante computador para asegurar que sea legible.