



FORMULARIO CAMBIO DE INSTITUCIÓN 2024.

DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo: _____

RUT: _____

DATOS DE LA CARRERA E INSTITUCIÓN EN LA CUAL SE LE ASIGNÓ EL BENEFICIO

Nombre Institución: _____

Nombre Carrera: _____

Año de Ingreso: _____

Duración de Carrera: _____

BENEFICIO (S) QUE POSEE

Beneficio (s): _____

DATOS DE LA CARRERA E INSTITUCIÓN A LA CUAL DESEA TRASLADARSE

Nombre Institución: **UNIVERSIDAD DE CHILE**

Facultad: _____

Nombre Carrera: _____



Declaro tener conocimiento de cuáles son los requisitos para que el traslado de mi beneficio sea aprobado por Ministerio de Educación, los cuales son:

- No tener más de un cambio de carrera y/o Institución.
- Encontrarme dentro de la malla curricular.
- Encontrarme matriculado en una Institución Compatible con mi beneficio.
- En caso de corresponder, adjunto mi avance curricular histórico para validar porcentaje académico necesario para renovación de Becas y Fondo Solidario.

Asumo toda responsabilidad financiera en caso de no ser trasladado mi beneficio por MINEDUC y regularizar situación en la Unidad de Aranceles y Créditos de la Universidad, con el propósito de no perder mi calidad de alumno regular 2024.

FIRMA BENEFICIADO

FECHA DE SOLICITUD