Escuela de Postgrado

FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS UNIVERSIDAD DE CHILE

Solicitud de equivalencia para cursos aprobados en la Facultad

Nombre: _____ RUT: _____

Programa: _____

Asignaturas en el Plan de Carrera					Asignaturas equivalentes en Programa de Postgrado			
Código	NOMBRE	U.D	NOTA	AÑO	Código	NOMBRE	U.D.	Tipo*

** Tipo O: Obligatorio E: Electivo*

Total UD:

O=

E=

Observaciones:

Firma Coordinador del Programa

Fecha (dd/mm/aa) _____

RESOLUCIÓN DE LA ESCUELA DE POSTGRADO

Aprobación completa: ☐ Aprobación parcial: ☐ Rechazo de la solicitud: ☐

Observaciones:

Firma Directora Escuela de Postgrado

Version:Abril 2007

Fecha (dd/mm/aa) _____

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