Escuela de Postgrado

FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS UNIVERSIDAD DE CHILE

Solicitud de convalidación de asignaturas aprobadas fuera de la Facultad

Nombre: _____ RUT: _____

Programa: _____

_____

Asignaturas aprobadas fuera de la Facultad			Asignaturas que se recomienda convalidar de Postgrado			
NOMBRE	AÑO	Institución-País	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

Versión: Abril 2007

Fecha (dd/mm/aa) _____

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