



DIRECCIÓN DE REGISTRO CURRICULAR
AVDA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA 02800
CAMPUS COLOSO – FONOS 552637492

SOLICITUD PARA GRADO ACADEMICO

SEÑOR RECTOR:

(NOMBRES) (APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO)
NACIONALIDAD: _____ R.U.T. Nº _____
DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMAIL : _____

DECLARA HABER DADO CUMPLIMIENTO A TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA UNIVERSIDAD, PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO.

Optando además por la correspondiente variable de género, declarando que opta por cambiar la denominación de su Grado Académico:

VARIABLE DE GÉNERO: SÍ NO

GRADO ACADEMICO DE: _____

COMO ALUMNO REGULAR DE LA CARRERA: _____

ADSCRITO A LA FACULTAD DE: _____

Y solicita, de acuerdo a las disposiciones reglamentarias vigentes, se le otorgue el Grado indicado.

CERTIFICADO DIGITAL: SÍ NO

FIRMA

ANTOFAGASTA, _____ DE _____ DE _____