Fecha: / /

SOLICITUD DE RENUNCIA IRREVOCABLE

Nombre completo: _____

N° Matricula: _____ **R.U. T.:** _____

Teléfono: _____**Correo Electrónico**_____

Dirección: _____

Facultad: _____

Carrera: _____

SOLICITA: RENUNCIA IRREVOCABLE ◯

Al Director de Escuela: _____

Periodo académico en que solicita: Primer semestre ◯ Segundo semestre ◯

Documentos adjuntos: _____

Firma alumno_____

DEPTO.APOYO FINANCIERO AL ESTUDIANTE

El/la profesional del DAFE que suscribe, certifica que quien solicita no adeuda aranceles u otras prestaciones, encontrándose al día en sus obligaciones con la Universidad.

_____

Fecha

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

El/la profesional de la Dirección de Biblioteca que suscribe, certifica que quien solicita no adeuda libros encontrándose al día en sus Obligaciones con la Universidad.

_____

Fecha

DEPTO. DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

El/la profesional que suscribe, certifica que quien solicita esta informado sobre las consecuencias financieras tendrá la tramitación de está solicitud.

_____

Fecha

DEPTO. SERVICIOS T.I.

La jefatura Depto. de Servicios TI certifica, que quien solicita no adeuda equipos tecnológicos encontrándose al día en sus obligaciones con Universidad.

_____

Fecha

Firmas y timbres

Fecha de recepción

Fono: +56 71 2200200
www.utalca.cl