



# FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

## 1.- ANTECEDENTES GENERALES

### DATOS DEL ALUMNO

Rut alumno: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
Nombres alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno: \_\_\_\_\_  
Apellido materno: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Cód. Área) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Celular (09-08-07-06-05) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución: **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA**  
Nombre carrera: \_\_\_\_\_  
Año de ingreso: \_\_\_\_\_

### DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

<input type="checkbox"/> Gratuidad	<input type="checkbox"/> Hijos de Profesionales de la Educación
<input type="checkbox"/> Puntaje PSU	<input type="checkbox"/> Reparación - Titular Valech
<input type="checkbox"/> Bicentenario	<input type="checkbox"/> Reparación - Traspaso Valech
<input type="checkbox"/> Juan Gómez Millas	<input type="checkbox"/> Cumplimiento Sentencias y Acuerdos
<input type="checkbox"/> Vocación de Profesor	<input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U del Mar
<input type="checkbox"/> Excelencia Académica	<input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U. ARCIS
<input type="checkbox"/> Nuevo Milenio o Excelencia Técnica	<input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U. Iberoamericana
<input type="checkbox"/> Articulación	<input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U del Pacífico.

## 2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

2021	1° semestre
	2° semestre

### Motivo de Suspensión (marque con x)

- Embarazo
- Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- Pasantía en el extranjero
- Problemas de salud del estudiante
- Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- Condena Judicial
- Otro

**Declaro conocer que la suspensión de los beneficios que poseo, queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA BENEFICIADO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE SOLICITUD**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE RESPONSABLE  
INSTITUCIÓN**

\_\_\_\_\_  
**FECHA Y TIMBRE  
INSTITUCIÓN**

### Observación de la Institución

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_