



## DECLARACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, estudiante  
del Programa de \_\_\_\_\_,  
RUN, \_\_\_\_\_, declaro que:

- i) Mi estado de salud es compatible para realizar la movilidad académica y, en caso de que la Universidad lo requiera, podré acreditarlo con un certificado médico.
- ii) Obtendré un seguro médico por el tiempo que dure mi movilidad en el Programa Escala de AUGM 2019, el que cubrirá al menos los siguientes aspectos: hospitalización, repatriación, accidentes y enfermedades.
- iii) Entregaré, en caso de que se requiera, un certificado de dominio del idioma que la Universidad Receptora requiera.
- iv) Convalidaré, en el caso de que realice intercambio por asignatura, al menos dos ramos al momento de retornar a la Universidad de Santiago de Chile.

Firma:

---

Fecha: