**VICERRECTORIA DE POSTGRADO**

**CONCURSO BECA DE TRABAJO PARA ALUMNOS/AS DE POSTGRADO**

**FORMULARIO DE POSTULACION**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre completo: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Programa de Postgrado o especialidad médica al que pertenece: |  |
| ¿Es beneficiario/a de alguna beca interna o externa a la Universidad? (en caso afirmativo, señale cual tiene). |  |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS** |
| 1. Documento “Respaldo de Director/a para concursar en Beca de Trabajo de postgrado” (formato en página siguiente).
 |

**Confirmo que los antecedentes aquí entregados son verídicos y que se ajustan a la realidad.**

Firma (digital)

**Nombre:……………………………………… ………………………………………….**

**Fecha:……………………………………………….**

**RESPALDO DE DIRECTOR/A PARA CONCURSAR EN LA**

**BECA DE TRABAJO PARA POSTGRADO**

|  |
| --- |
| **Conocidos los antecedentes del/la postulante de nombre…….………………… ………………………………………………………………………………………, expongo mi respaldo para que postule a la Beca de Trabajo.** |

Por tanto, en mi calidad de Director/a de Programa de Postgrado de la Universidad de Santiago de Chile, respaldo y acredito la postulación del/de la estudiante, con el fin de que pueda optar a la Beca de Trabajo otorgada por la Vicerrectoría de Postgrado de nuestra Universidad.

Firma (digital)

**Nombre:…………………………………………………………………….**

**Director/a de programa de postgrado o especialidad médicas (nombre programa): …………………………………………………………………………………………………….**

**Fecha:………………………………………………..**