**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS**

**VICEDECANO**

 **SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Veterinaria escuela:**  | **MEDICINA VETERINARIA** |
| **Carrera** | **Facultad** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **RUT Nº** |  | **Número de Matrícula** |

**Domicilio Permanente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Fono** | **Ciudad** |

**Domicilio durante el período académico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Fono** | **Ciudad** |

|  |
| --- |
| **Año de ingreso a la universidad:** |

|  |
| --- |
| **Semestre que suspendió estudios**: |

|  |
| --- |
| **Motivos del Retiro** |
|  |
|  |

**Documentos que acompaña el Estudiante**

|  |
| --- |
| * Certificado de no deuda de matrícula - Certificado de no deuda de préstamo
* Certificado médico - Cancelación cuota básica
 |

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

Fecha

 **V.B. Vicedecano**

**Obs: Esta solicitud deberá acompañar la documentación que se indica**