



### MT-3 FORMULARIO AUTORIZACION DEFENSA MEMORIA DE TITULO

Santiago, ..... de ..... de .....

Alumno (a)	
------------	--

N° alumno		Especialidad	
-----------	--	--------------	--

Teléfono		E-mail		Dirección	
----------	--	--------	--	-----------	--

Nombre Memoria	
----------------	--

Lugar de defensa		Fecha de defensa		Hora de defensa	
------------------	--	------------------	--	-----------------	--

	NOMBRE	E-MAIL	FIRMA
PROFESOR GUÍA			
PROFESOR COMISIÓN			
REPRESENTANTE DE PREGRADO			
PROFESOR INVITADO (Opcional)			

#### Observaciones;

- El MT-3 debe ser entregado, en la Dirección de Docencia, **mínimo 3 días antes** de la fecha de defensa. De lo contrario, no se autorizará la defensa de la Memoria.
- La entrega del Empaste de Memoria es parte del proceso de titulación y el plazo para la entrega es de 6 meses, contados desde la defensa de la misma. Si la entrega del empaste se realiza después del plazo antes indicado, la fecha de Titulación corresponderá a la de entrega del Empaste.
- El alumno al firmar este formulario, toma conocimiento que entre el último semestre que inscribió o inscribirá cursos (fecha de egreso) y la fecha de defensa de la Memoria no pueden pasar más de tres años, si eso sucediera deberá tomar cursos de reposición para poder hacer la defensa de su memoria.

-----  
Firma del Alumno

Certificado de **no morosidad** en:

☐ Departamento de Matrícula

☐ Biblioteca

☐ Servicio de Salud Estudiantil

Uso interno

DIRECCIÓN DE DOCENCIA (V'B)	<input type="checkbox"/> Certificado de <b>no morosidad</b> en Fondo de Crédito	OBSERVACIONES:
--------------------------------	--	----------------