



MT-1 INSCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO DE TITULACIÓN

- Santiago, de de

Alumno (a)					
Nºalumno		Especialidad			
Teléfono		E-mail		Dirección	

Nombre		Lugar de Trabajo (Depto. UC, si corresponde)	Teléfono
PROFESOR GUÍA (Planta Ordinaria)			
REPRESENTANTE DE PREGRADO			
PROFESOR COMISIÓN			
PROFESOR INVITADO (Opcional)			

Dirección de Docencia:

.....

Fecha



PROGRAMA DE TRABAJO

(Esta sección debe ser llenada por el alumno y entregada junto con el formulario MT-1)

Resumen: (Objetivos, metodología y resultados esperados)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Programa de trabajo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha de comienzo:..... de

Fecha propuesta de término: de

Nombre Departamento	
Jefe Departamento	
Fecha de Aceptación	V°B° Jefe Departamento

V°B° Profesor Guía

V°B° Representante de Pregrado

Observación: 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.

Último semestre que inscribió o inscribirá cursos de

☐ Adjuntar Ficha Académica Acumulada

Firma del Alumno