De : (Nombre de tu coordinador/a académico/a)

Coordinador/a Académico/a

(Carrera)

Para : Nombre del docente

Director de Admisión y Registro Académico

Fecha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ref. : SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE CARGA ACADÉMICA Y SECCION

Datos del Estudiante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : |  |
| **Rut** | : |  |
| **Carrera** | : |  |
| **Plan** | : |  |

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a Ud. la modificación de la(s) asignatura(s) que se indica(n):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Asignatura** | **Nº Clase (SIGA)** | **Sección** | **Semestre** | **Año** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**I**: Inscripción **D**: Desinscripción

Justificación:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Atentamente,

Firma del Estudiante Firma y timbre del Coordinador(a)