



SOLICITUD DE CAMBIO JORNADA ACADÉMICA

Nombre del Alumno: _____
Rut: _____
Carrera: _____ Nivel: _____
Fecha: _____

Expone y solicita al Sr. Director Académico autorización para:

TODOS CAMBIOS DE JORNADA ESTAN SUJETOS A LOS CUPOS DISPONIBLES POR NIVEL.

Documentos de respaldo: (Laborales, familiares, médicos u otros)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del Alumno