**FORMULARIO SOLICITUD**

**CERTIFICADOS ESPECIALES PDCB**

**Instrucciones Generales**

Este formulario debe descargarse antes de completar la información solicitada.

El formulario con la información completa debe guardarse en formato PDF para luego remitirlo a la Dirección de Postgrado al e-mail *postgrado@bio.puc.cl*.

El certificado solicitado deberá ser retirado en la Dirección de Postgrado considerando un plazo de entrega de 3 días hábiles a partir de la fecha de recepción de esta solicitud.

1. **Antecedentes del Estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT |  |
| E-mail |  |
| Fono celular |  |
|  |  |
| Año de ingreso |  |
| Mención |  |
| Situación actual |  |
|  | |
| Nombre Director de Tesis |  |
| E-mail |  |
| Departamento |  |
|  | |
| Nombre Co-Director de Tesis |  |
| E-mail |  |
| Departamento |  |

1. **Antecedentes del Certificado**

|  |
| --- |
| **2.1 Institución dónde se presentará** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Concurso dónde se presentará** ( si corresponde ) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **2.3 Detalles del certificado** |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha solicitud |  |