



DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo, **[Nombre Completo del Estudiante]**, cédula de identidad número **[RUT]**, estudiante regular de la carrera de **[Nombre de tu Carrera]**, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Que, a la fecha de la presente declaración, **no cuento con sanciones disciplinarias** vigentes aplicadas por la Universidad de Chile.
2. Que cumpla con los requisitos para postular a la **Convocatoria del Programa de Intercambios de la Facultad de Medicina [Año/Semestre]**.

Hago esta declaración en conocimiento de que la falsedad de los datos aquí consignados podrá ser motivo de la anulación inmediata de mi postulación, sin perjuicio de las medidas administrativas y legales que la Universidad de Chile estime convenientes.

Para que así conste, firmo el presente documento en **Santiago**, a **[Día]** de **[Mes]** de **202X**.

FIRMA

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE
AV. INDEPENDENCIA #1027, SANTIAGO CHILE
<https://medicina.uchile.cl/vinculacion>
<https://rrii.med.uchile.cl/>