



SOLICITUD DE COMISIÓN DE SERVICIOS O AUTORIZACIÓN

(Seguro de Salud, Estudiante de Postgrado)

Fecha de Solicitud		
Nombre Completo		
Matricula		
Cargo y Nivel	Estudiante de Postgrado (programa)	
Laboratorio o lugar donde desarrollará el terreno		
Destino (Ubicación exacta)		
Teléfono		
Dirección		
Nombre familiar directo		
Teléfono familiar directo		
Fecha desde y hasta cuándo (las fechas deben ser específicas)	Desde:	Hasta:
Objetivo		
Vehículo y patente (En caso que corresponda)		
Otros beneficios (En caso que corresponda)		
Autorizado por el tutor		
Firma del tutor		

Firma del alumno

Firma Director del Programa



UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA

VRIP

VICERRECTORÍA
DE INVESTIGACIÓN
Y POSTGRADO

DIRECCIÓN
ACADEMICA
DE POSTGRADO

*Enviar este formulario a través de correo electrónico a postgrado@ufrontera.cl y
asuntoestudiantiles.postgrado@ufrontera.cl*