



## CERTIFICADO DE RANKING

Postulación Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| Nombre del Estudiante:                    |  |
| RUT:                                      |  |
| Universidad:                              |  |
| Facultad/Instituto/Departamento:          |  |
| Programa de Estudios:                     |  |
| Región y Ciudad donde cursó los estudios: |  |

### Ranking de Pregrado:

Lugar que ocupó el estudiante al **egreso** respecto a su cohorte de **ingreso**.

Posición del estudiante al momento de finalizar su pregrado \_\_\_\_\_

Total de estudiantes ingresados en su promoción \_\_\_\_\_

---

**Firma y Nombre de Autoridad Competente**  
**Timbre**

Fecha: