|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 4** **FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Institución:** |  |
| **Departamento:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Director Escuela de Medicina** | **Director Escuela de Pregrado** | **Secretario de Estudios** |
| (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) |

***(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)***

***Debe adjuntar certificado de respaldo.***

**USO COMISIÓN**

**TOTAL, MESES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PUNTAJE OBTENIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**