|  |
| --- |
| **Formulario CONICYT** **Certificado de Alumno Regular** **Para presentación la Solicitud de Beneficios Complementarios periodo 2019****Becarios de Doctorado Nacional** |

Don/Doña (*nombre de autoridad competente*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en su calidad de (*cargo ejercido en la institución*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que (*nombre completo de Postulante/Alumno regular*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se encuentra **en calidad de alumno regular** en el programa (*nombre del programa, según registro CNA-Chile*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

mención (*si aplica, según registro CNA-Chile*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, correspondiente a la Facultad/Escuela de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, perteneciente a la (*universidad*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a realizarse en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que inició sus estudios el (*día*/*mes/año*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y estos finalizan el (*día/mes/año*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de Autoridad CompetenteNombre: ………………………………………………… | Timbre Universidad |

**Fecha de emisión del documento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_**