



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado

Concepción, ... de de

Profesora
Dra. Sandra Saldivia Borquez
Directora
Dirección de Postgrado

Estimada Directora:

Por el presente documento declaro que:

Tengo [] No tengo previsión de salud []

(ISAPRE, FONASA, Seguro de Salud u otro)

Por este acto manifiesto que todos los gastos derivados de atenciones médicas o de salud, que se originen durante mis estudios de postgrado en la Universidad de Concepción, por cualquier causa que sea, por medicamentos o tratamientos de toda índole, serán de mi cargo sin responsabilidad de ningún tipo para la Universidad de Concepción.

En consecuencia, por este instrumento renuncio a ejercer cualquier eventual derecho, acción o reclamo en contra de la Universidad de Concepción, con motivo de gastos médicos o de salud originados en atenciones a mi persona o a mi familia recibidos durante mis estudios de postgrado en la Universidad de Concepción.

(Completar con letra imprenta)

NOMBRE
PROGRAMA
NACIONALIDAD
RUN / PASAPORTE
FIRMA



“Por el desarrollo libre del espíritu”