**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE O APODERADO**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Relación con el estudiante: |
| Teléfono; |
| Dirección: |
| Correo electrónico: |

El/la arriba identificado (a) confirma estar en conocimiento y autorizar al estudiante:

|  |
| --- |
|  |

de la carrera:

|  |
| --- |
|  |

para que participe en el Programa de Movilidad Estudiantil Internacional y realice intercambio en una universidad extranjera, en caso de ser seleccionado.

Además, estoy en conocimiento de que el estudiante ha sido informado de que el dinero que requiera para hacer efectiva su movilidad será de responsabilidad del estudiante, no pudiendo gestionar ni solicitar ayudas adicionales en las Unidades Académicas y Administrativas de la Universidad de Santiago de Chile y por tanto, los recursos que necesite debe obtenerlos por fuentes externas a la universidad.

|  |
| --- |
|  |
| Firma padre/madre o apoderado |
| Nombre: |
| RUT: |
| Fecha: |