ANEXO Nº 2 FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO

Año Académico Cursado	Fecha inicio dd/mm/aa	Fecha término dd/mm/aa
2º	01/03/15	31/12/15
3º	01/03/16	31/12/16
6º	01/03/19	31/12/19
7º	01/03/20	31/12/20

FACULTAD DE MEDICINA
JEFE CARRERA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Firmado con firma electrónica avanzada por
ANA MARIA MORAGA PALACIOS
Fecha: 2021.06.01 20:56:43 -0400

Ana María Moraga Palacios

_____	_____	_____
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