**CONSTANCIA DE RESPALDO ACADÉMICO**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Cargo: |
| Departamento/Escuela: |

El/la arriba identificado (a) autoriza y respalda al estudiante:

|  |
| --- |
|  |

de la carrera:

|  |
| --- |
|  |

para que participe en el Programa de Movilidad Estudiantil Internacional y realice intercambio en una universidad extranjera. También se compromete al reconocimiento de las asignaturas que curse y apruebe en la Universidad de destino durante el período que desarrolle la movilidad estudiantil, según quede establecido en el contrato de estudio.

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 y sello Director Departamento o Escuela | Firma estudiante |
| Nombre: | Nombre: |
| Fecha: | Fecha: |