



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

**Suspensión académica por motivos de salud,
a nombre de un/a estudiante UC**

Poder Simple

Yo _____, RUT: _____ otorgo poder especial a
Don(ña): _____ RUT: _____, quien es mi
mamá (____) papá (____), tutor legal (____) (*marcar con una X*), para realizar, en mi
representación, la solicitud de suspensión por motivos de salud en la Dirección de Salud y
Bienestar Estudiantil de la DAE UC.

FIRMA ESTUDIANTE



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

En Santiago, ____ / ____ / ____