**VOTO DE APOYO PARA DIPLOMADO**

* + 1. **IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA PROPUESTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Responsable | (APELLIDO APELLIDO, Nombre Nombre) | | |
| 1. Teléfono UnACh |  | Celular |  |
| 1. E-mail |  | | |
| * 1. Facultad / Unidad que otorga voto de apoyo |  | | |
| 1. Encargado(a) |  | | |
| 1. Cargo |  | | |

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE DIPLOMADO**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Nombre del Diplomado |  |
| * 1. Carrera/Unidad con que se vincula |  |

1. **CONOCIMIENTO Y APOYO A LA SOLICITUD POR LA FACULTAD**

La presente certifica el conocimiento y apoyo de la Facultad a la solicitud arriba descrita y autoriza a su presentación a la Dirección de Posgrado.

|  |  |
| --- | --- |
| Espacio reservado para sello de la Dirección de Posgrado  y firma de la persona que recibe la documentación | Espacio reservado para  el sello de la Facultad y  firma del Decano o el Secretario de la Facultad |
| Decano de la FXXX: Nombre Nombre Apellido Apellido |
| Fecha recepción:  00 / mes / año | RUT: 00.000.000-0 |

**(REMITIR COPIA ESCANEADA de esta Solicitud de apoyo en formato digital** ala Dirección de **Posgrado junto con la propuesta de Diplomado) Dirección de Posgrado** [secreposgrado@unach.cl](mailto:secreposgrado@unach.cl)