



**Universidad de Concepción**  
Dirección de Postgrado



Concepción,..... de ..... de .....

Señora  
**Dra. Ximena García C.**  
Directora  
Dirección de Postgrado  
Universidad de Concepción  
Presente

Señora Directora:

Por el presente documento declaro que:

Tengo  **No tengo previsión de salud**   
(ISAPRE, FONASA, Seguro de Salud u otro)

*Por este acto manifiesto que todos los gastos derivados de atenciones médicas o de salud, que se originen durante mis estudios de postgrado en la Universidad de Concepción, por cualquier causa que sea, por medicamentos o tratamientos de toda índole, serán de mi cargo sin responsabilidad de ningún tipo para la Universidad de Concepción.*

*En consecuencia, por este instrumento renuncio a ejercer cualquier eventual derecho, acción o reclamo en contra de la Universidad de Concepción, con motivo de gastos médicos o de salud originados en atenciones a mi persona o a mi familia recibidos durante mis estudios de postgrado en la Universidad de Concepción.*

**(Completar con letra imprenta)**

**NOMBRE** .....

**PROGRAMA** .....

**NACIONALIDAD** .....

**RUN / PASAPORTE** .....

**FIRMA** .....



**Por el desarrollo libre del Espíritu**