



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

**MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA
ACREDITA SOLVENCIA ECONÓMICA**

Yo, _____, identificado con Documento Nacional de Identidad N° _____, domiciliado en _____, declaro contar con reconocida solvencia económica para poder cursar el programa de Magíster en Epidemiología que tiene una duración de 4 semestres a contar del DD/MM/AA y que finaliza el DD/MM/AA.

Fecha: _____

Nombre y firma

Este documento es confidencial. Rogamos hacer llegar junto a los otros documentos solicitados para la postulación.