**Carta de Consentimiento para Becas de Postgrado**

En Santiago, fecha (dd/mm/aaa), Yo (Nombre completo del estudiante]), con cédula de identidad (rut), por medio de la presente carta manifiesto mi consentimiento para aceptar los términos y condiciones establecidos para la beca (nombre de la beca) que me ha sido otorgada en el periodo académico (especificar el período) para cursar el programa de (nombre del programa).

Declaro estar enterado(a) de las obligaciones y responsabilidades que conlleva la recepción de esta beca, y me comprometo a cumplir con los requisitos académicos, conductuales y financieros establecidos por Universidad de Las Américas para mantener el beneficio otorgado. Asimismo, entiendo que, en caso de retirarme del programa de manera anticipada, perderé el beneficio de la beca y estoy en conocimiento de que no será posible renovarla.

Además, autorizo a la Universidad a utilizar mis datos personales y académicos en relación con el programa de becas y a comunicar la información necesaria para efectos de monitoreo, evaluación y reporte de mi desempeño como beneficiario(a) de la beca.

Agradezco a Universidad de Las Américas por el apoyo financiero brindado a través de esta beca y expreso mi disposición para representar a la institución con responsabilidad y compromiso durante el periodo de estudios.

Quedo a disposición para cualquier trámite adicional que se requiera en relación con la aceptación de esta beca.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Estudiante

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del estudiante: |  |
| Número de identificación: |  |
| Programa Académico: |  |
| Teléfono / Correo electrónico: |  |