PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

VICERRECTORIA ACADÉMICA

DEPARTAMENTO DE MATRÍCULA

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE EXCEDENTES

DATOS A LLENAR POR EL ALUMNO

FECHA: ..../................................/......................................
día mes año

NOMBRE COMPLETO...

RUT.......................................-..................Nº TELÉFONO.. EMAIL. ....@..................................

DATOS TITULAR DE CUENTA PARA DEPÓSITO O GENERACIÓN DE VALE VISTA

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR ……………………………………………………………………………………….…….............................

RUT…………………………-………….. Nº TELÉFONO……………………….. ……….EMAIL……………………………@............……………..……

Nº DE CUENTA……………………………………………......BANCO…………………………………………….…..…………………….......................

Marque con una X:

☐ CTA. CORRIENTE ☐ CTA. VISTA ☐ CTA.AHORRO ☐ VALE VISTA

OBSERVACIÓN:…….......................

IMPORTANTE: LOS ALUMNOS QUE TENGAN EXCEDENTES Y QUE A SU VEZ TENGAN ASIGNADO BENEFICIOS, SE LES INFORMA QUE ESTOS LES SERÁN RECALCULADOS.

Notas:

1) La devolución de excedente se hará efectiva si el alumno se encuentra al día con sus pagos. Si usted mantiene saldos por vencer de su arancel o deudas con el Depto. de Matrícula (cheque, pagaré o cuotas), el excedente será abonado a la deuda vencida o a los saldos por vencer.
2) Se informará al correo declarado la fecha en que será depositado el excedente en la cuenta indicada. Si no señala cuenta de depósito o no es la correcta, se generará un vale vista a su nombre para retiro con su cédula de identidad en cualquier sucursal del Banco Santander.
3) El tiempo de este proceso, tiene un máximo de 25 días hábiles aproximados, desde el momento que usted entrega el formulario en los mesones de atención del Hall Universitario o bien desde que lo hace llegar escaneado por medio de su correo UC a:**matricula@uc.cl**

SOLICITUD DE EXCEDENTE

FIRMA DEL ALUMNO:……….......................

DATOS A LLENAR POR DEPTO. DE MATRÍCULA

FECHA DE RECEPCIÓN..................../................................./................……..…...

SITUACIÓN ACTUAL DEL ALUMNO …..

EXCEDENTE CORRESPONDIENTE A ARANCEL DE MAT. DEL AÑO $.…..

MOTIVO DEL EXCEDENTE ..…..…...

....…….…..
…...

Comprobante de recepción de Devolución de Excedente ______________________________

Nombre Funcionario Atención Integrada y timbre

Nombre Alumno: ______________________________**RUT:** ____________-__**Fecha**___/_____/_____
día mes año

Fechas de Proceso: **25** días hábiles aproximados, desde el momento que usted entrega el formulario en los mesones de Atención Integrada o bien desde que lo hace llegar por medio de **su correo UC** a **matricula@uc.cl**