Ciudad y país de origen, fecha

**C A R T A C O M P R O M I S O**

**Estudiantes internacionales**

Estoy en conocimiento que el **Seguro de Salud** es un documento obligatorio para realizar estudios de Postgrado en la Universidad de Chile y que debo presentarlo en el momento en que formalice el proceso de matrícula.

En consecuencia de lo anterior, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), N° de Pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a adquirir un **Seguro de Salud** con cobertura en Chile y por el periodo que realice mis estudios de postgrado en el Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El seguro de salud deberá ser adquirido en el primer semestre académico del Programa doctoral y deberá ser entregado formalmente a la Coordinación del Programa en el mismo período.

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

Firma del postulante