**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE MAGÍSTER**

**(Una por Programa)**

1. **DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución |  |
| RUT de la Institución |  |
| Nombre Representante Legal de la Institución |  |
| RUT Representante Legal de la Institución |  |
| Dirección de la administración central de la Institución |  |
| Código SIES Institución |  |

1. **DATOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa |  |
| Menciones |  |
| Código SIES Programa |  |
| Grado al que conduce |  |
| Carácter del Programa (Académico, Profesional u otro) |  |
| Dedicación (exclusiva, parcial u otra) |  |
| Principales áreas de Investigación y/o Líneas de Trabajo |  |
| Programa Cuenta con graduados (SI / NO) |  |
| Programa Acreditado anteriormente (Agencia, Años Acreditación) |  |
| Número de procesos de acreditación anteriores |  |
| Responsable del proceso de autoevaluación | Nombre: |
| Email: |
| Teléfono: |
| Fecha estimada entrega Informe de Autoevaluación |  |

**Detalle Sedes, Jornadas y Modalidades**

Se deben informar todas las combinaciones de sedes, jornada y modalidad en que se imparte la Carrera. (Si es necesario agregar filas)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sede** | **Jornada** | **Modalidad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Nota: Es necesario identificar todas las sedes o campus dentro de cada ciudad.**

La xxxxx declara, mediante esta solicitud, su decisión de realizar el proceso de acreditación del Programa de Magíster …..……… con la Agencia Acreditadora de Chile, de acuerdo con lo establecido en la Ley Nº 20.129 y según los lineamientos de Comisión Nacional de Acreditación y de la propia agencia.

**Firma Representante Legal de la Institución**