**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A PROCESO DE ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIO**

**(Una por carrera)**

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 DE LA CARRERA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la carrera |  |
| Menciones |  |
| Código SIES Carrera |  |
| Título al que conduce |  |
| Grados que otorga |  |
| Número Acuerdo Acreditación Carrera |  |
| Fecha vencimiento acreditación |  |
| Responsable del proceso de autoevaluación | Nombre: |
| Email: |
| Teléfono: |
| Fecha estimada entrega Informe de Autoevaluación |  |

**SEDES, JORNADAS Y MODALIDADES**

**I. Detalle Sedes, Jornadas y Modalidades, EN QUE FUE ACREDITADA LA CARRERA**

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

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

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

**II. Detalle Sedes, Jornadas y Modalidades, QUE SE SOLICITA INCORPORAR**

Se deben informar todas las combinaciones de sedes, jornada y modalidad que se solicita incorporar. (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 complementario de la carrera de ……… 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**