



Fecha
Date _____

Universidad de origen
Home University _____

DECLARACIÓN DEL ESTUDIANTE / STATEMENT OF THE STUDENT

Nombre del estudiante en letra manuscrita
Handwritten Student's name _____

Mediante el presente documento, me comprometo a:

- Representar debidamente a mi universidad de origen durante mis estudios en la Universidad Adolfo Ibáñez (UAI). Me encuentro en conocimiento de que frente a cualquier incumplimiento del reglamento de la UAI, ésta informará de la situación a mi universidad de origen.
- Finalizar todo el proceso debido relacionado con la aprobación y entrega de mi visa de estudiante chilena. Asumo completa responsabilidad en el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por el Gobierno de Chile para estos efectos.
- Contratar un Seguro de Salud Internacional que cubrirá todo el periodo que estaré en Chile, del cual entregaré una copia a la Universidad Adolfo Ibáñez por email o a más tardar durante el Día de Orientación. Al no entregarlo, la Universidad Adolfo Ibáñez tiene el derecho exclusivo de negar los estudios en las dependencias de la misma.

I hereby commit to the following:

- To represent my home university properly during my studies at Universidad Adolfo Ibáñez. I am aware that in case of non-compliance with the regulations of the host university, this institution will inform the situation to my home university.
- To finish the complete procedure related to the acceptance and the obtaining of my Chilean student visa. I will be responsible for accomplishing all requirements established by the Government of Chile according to this subject.
- To obtain an International Health Insurance that will cover my complete period living in Chile, that I will deliver a copy of it to Universidad Adolfo Ibáñez by email or at last during the Orientation Day. If not, Universidad Adolfo Ibáñez has the exclusive right to deny the studies at its facilities.

Firma del estudiante
Student's signature _____

DECLARACIÓN DEL COORDINADOR / STATEMENT OF THE ADVISOR **(Si corresponde) (If applicable)**

Nombre del coordinador en letra manuscrita
Handwritten Coordinator/Advisor's name _____

Mediante el presente documento declaro:

- Que el estudiante que firma esta carta ha sido seleccionado y autorizado por nuestra universidad para estudiar como estudiante de intercambio en la Universidad Adolfo Ibáñez, durante el periodo señalado en el formulario adjunto a esta carta.

I hereby state the following:

- That the student signing this document has been selected and authorized by our university in order to apply as an exchange student at Universidad Adolfo Ibáñez, during the period indicated in the attached application form.

Firma del coordinador
Coordinator/Advisor's signature

Timbre o sello de la universidad de origen
Home university stamp
