**Declaración**

**Solvencia Económica**

Declaro conocer que los gastos de alojamiento y alimentación, movilidad durante mi estadía en la Universidad de La Frontera, serán de **mi entera responsabilidad**. Declaro **solvencia económica para cubrir todos los costos de vida implicados en la movilidad.**

**Compromiso obtención Seguro de Salud**

Asimismo, me comprometo a contratar y asesorarme sobre la aplicación del seguro de salud, de accidentes, vida, repatriación sanitaria y funeraria que cubra mi estadía en Chile y los trayectos de ida y regreso a mi ciudad de origen.

**Conocimiento de fechas de realización del programa**

Declaro conocer las fechas en que se llevará a cabo la realización del programa y que no es responsabilidad de la Universidad de La Frontera, si decido extender mi estadía en el país, más allá del término de las clases.

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declaro aceptar las condiciones de esta postulación, y que los documentos y certificados adjuntados en ella son fidedignos.**

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

Fecha Firma