**SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE LA BECA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DE: SR./SRA.** *(Agregar Nombre)*

 **FUNCIONARIA/O DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE:** *(Agregar Municipalidad)*

**A: SECRETARÍA EJECUTIVA DEL FONDO CONCURSABLE DE FORMACIÓN DE FUNCIONARIOS MUNICIPALES.**

Por medio de la presente y según lo dispuesto en el artículo 26° del Reglamento del Fondo Concursable de Formación de Funcionarios Municipales, vengo en presentar en tiempo y forma, la solicitud de suspensión de financiamiento de mi beca de estudios, por los motivos que a continuación pasa a exponer:

|  |  |
| --- | --- |
| ID Programa seleccionado |  |
| Nombre Programa |  |
| Institución de Educación Superior |  |
| Modalidad |  |
| Tiempo de suspensión a solicitar (máximo 12 meses) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SÍ |  | NO |  |

Adjunta documento de respaldo

Descripción de los documentos de respaldo que adjunta:

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

Nombre, firma y rut del beneficiario/a

**Fecha:** ciudad, día, mes y año. (*2025*)