

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS
OFICINA DEL REGISTRADOR**

HOJA DE PRE-MATRÍCULA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

TELÉFONO RESIDENCIA

TELÉFONO TRABAJO

FACULTAD

PROGRAMA

SESIÓN ACADÉMICA

FECHA

CURSOS A PRE-MATRICULAR

CURSO	SEC	CRS	DÍAS	HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

TOTAL CRS.

VO.BO. DE LA FACULTAD

TOTAL LAB. A COBRAR