

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS
OFICINA DEL REGISTRADOR
PO BOX 365067
SAN JUAN, PR 00936-5067

NÚM. DE RECIBO _____

**SOLICITUD ESTUDIANTE ESPECIAL
DE INSTITUCIONES PRIVADAS**
(VEÁSE INSTRUCCIONES AL DORSO)

NOMBRE (Según aparece inscrito)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		NÚM. IDENTIFICACIÓN _____
		NÚM. SEGURO SOCIAL _____
DIRECCIÓN POSTAL		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
Teléfono _____		_____
UNIVERSIDADES QUE HA ESTUDIADO		FACULTAD Y DEPARTAMENTO QUE INTERESA INGRESAR
Facultad : _____	Facultad : _____	_____
Grado : _____	Grado : _____	_____
Fecha : _____	Fecha : _____	_____
SESIÓN ACADÉMICA INTERESA:		AÑO ACADÉMICO _____
<input type="checkbox"/> Primer Semestre <input type="checkbox"/> Segundo Semestre <input type="checkbox"/> Primer Trimestre <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre		<input type="checkbox"/> Tercer Trimestre <input type="checkbox"/> Verano
FECHA		FIRMA DEL ESTUDIANTE
RECOMENDACIÓN	Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE DENEGACIÓN DE LA FACULTAD
Director Programa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Director Departamento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PARA USO DE LA OFICINA DEL REGISTRADOR
Firma del Decano	Fecha	

SOLICITUD ESTUDIANTE ESPECIAL DE INSTITUCIONES PRIVADAS

INSTRUCCIONES

1. Solicitar dos (2) copias del Expediente Académico a la universidad que estudia para que sea enviado al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
2. Se pagará un cargo de treinta y tres dólares (\$33.00)* si la solicitud está a tiempo y se pagará un cargo de cuarenta y nueve dólares con cincuenta centavos (\$49.50)* si la solicitud es tardía. Puede enviar giro postal o cheque certificado a nombre de la Universidad de Puerto Rico.

NOTA: Esta Solicitud no garantiza una admisión oficial al Programa.

* No es reembolsable