



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**SOLICITUD PARA CURSO DE INVESTIGACION
AÑO ACADEMICO 2011 - 2012**

FECHA : _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE : _____

NUMERO DE ESTUDIANTE : _____

MEDICINA : I _____ II _____ III _____ IV _____

TELEFONO : _____

DIRECCION : _____

NUMERO DE CURSO : _____

TITULO : _____

LUGAR : _____

FECHA : _____

TOTAL DE HORAS : _____

ESTIPENDIO : _____

PROFESOR A CARGO DEL CURSO : _____

Firma del Estudiante

Este estudiante ha sido aceptado para participar en este curso en la fecha arriba indicada:

Firma y Nombre del Profesor

Departamento

Teléfono

Este formulario debe entregarse en la Oficina de Currículo (A-868) para hacer los trámites de Pre-Registro.
240 hrs. máximo de horas en cursos durante año académico
De haber estipendio, el crédito en horas es la mitad del número de horas



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**SOLICITUD PARA CURSO DE INVESTIGACION
AÑO ACADEMICO 2011 - 2012**

FECHA	:	_____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	:	_____
NUMERO DE ESTUDIANTE	:	_____
MEDICINA	:	I _____ II _____ III _____ IV _____
TELEFONO	:	_____
DIRECCION	:	_____ _____ _____
NUMERO DE CURSO	:	_____
TITULO	:	_____
LUGAR	:	_____
FECHA	:	_____
TOTAL DE HORAS	:	_____
ESTIPENDIO	:	_____
PROFESOR A CARGO DEL CURSO	:	_____ _____

Firma del Estudiante

Este estudiante ha sido aceptado para participar en este curso en la fecha arriba indicada:

Vo. Bo.: Dra. María José Crespo
Coor. Cursos de Investigación

Fecha

Firma y Nombre del Profesor

Departamento

Teléfono

Este formulario debe entregarse en la Oficina de Currículo (A-868) para hacer los trámites de Pre-Registro.
240 hrs. máximo de horas en cursos durante año académico
De haber estipendio, el crédito en horas es la mitad del número de horas