



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