

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 _____	HORARIO
<input type="checkbox"/> Primer Semestre <input type="checkbox"/> Segundo Semestre <input type="checkbox"/> Tercer Trimestre <input type="checkbox"/> Primer Trimestre <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre <input type="checkbox"/> Verano		<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Vespertino

_____	_____
FECHA	FIRMA DEL ESTUDIANTE

RECOMENDACIÓN	Aprobada	Denegada	RAZÓN DE DENEGACIÓN DE LA FACULTAD
_____ Director Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____ Director Departamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____ Firma del Decano	_____ Fecha		PARA USO DE LA OFICINA DEL REGISTRADOR

# 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