



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

FORMA PARA RECOGER DIPLOMA

Nombre	
Número de Estudiante	
Grado Obtenido	
Fecha de Graduación	

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el estudiante en referencia no tiene deuda alguna y que ha cumplido con todos los requisitos exigidos por el Recinto de Ciencias Médicas, para recibir su Diploma.

LUGAR	FIRMA
Biblioteca	
Asistencia Económica	
Cobro y Reclamaciones	

Firma del Estudiante o Representante	Fecha
---	-------

Firma del Registrador o Representante	Fecha
--	-------

Notas:

1. Se hará entrega de su diploma, luego de usted obtener todas las firmas antes mencionadas. Debe identificarse mediante la presentación de su tarjeta de estudiante, licencia o pasaporte.
2. Para poder entregar el diploma a otra persona, debe autorizarlo por escrito y además, se le requiere presentar tarjeta de identificación con retrato.