



Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería

División de Educación Continua y Estudios Profesionales

# Solicitud de Admisión Certificaciones

Nombre en letra de molde (por favor):

Dirección Residencial o Postal:

Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Certificación en el que interesa participar:

Certificado en:

Información Académica:

Último grado obtenido: \_\_\_\_\_

Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

Facultad : \_\_\_\_\_

Institución Educativa \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo:

Posición:

Área de trabajo:

Tiempo en el trabajo: \_\_\_\_\_

Sección académica que interesa (fecha de comienzo del curso): \_\_\_\_\_

Año Académico: \_\_\_\_\_



**Para uso del personal de la División de Educación Continua:**

Información referente a los pagos:

1. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_ - Recibo # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

**AVISO IMPORTANTE:**

**NO SE REEMBOLSARÁN MATRÍCULAS,  
SIN DISTINCIÓN DE PARTICIPANTE**

Firma del Solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_