

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
OFICINA DEL REGISTRADOR  
PO BOX 365067  
SAN JUAN, PR 00936-5067**

**DECLARACIÓN DE DOMICILIO PARA FINES DE ESTUDIOS  
EN EL RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**I. DATOS BIODEMOGRÁFICOS**

<p>Nombre (comenzando con los apellidos): _____</p> <p>Dirección Residencial: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Dirección Postal : (Si es diferente a la residencial) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Núm. de Seguro Social: _____</p> <p>Núm. de Estudiante: _____</p> <p>Sexo: F ____ M ____</p> <p>Fecha y País de Nacimiento: _____</p> <p>Escuela o Programa Admitido en el RCM _____</p> <p>Fecha Admisión: _____</p> <p>Año de Estudio: _____</p>	
<p>Solicitud para aplicar a: _____</p> <p style="text-align: right;">Año Académico: _____</p> <p style="text-align: right;">Sesión : _____</p>		
<p>País o Estado de Procedencia: _____</p> <p>Dirección Física: _____</p> <p>_____</p>		
<p>Años Residiendo en P.R.: _____</p> <p>_____</p>	<p>Vivienda Propia:</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Núm. de Teléfono Residencial/Celular: _____</p> <p>_____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>

Núcleo familiar que vive en su Domicilio en Puerto Rico: (Indique Número)

\_\_\_\_\_ Hijo(a) , \_\_\_\_\_ Esposo(a), \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Especifique

## II. CONDICIÓN ECONÓMICA

¿Trabaja Actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiempo que lleva Trabajando: _____ Años    _____ Meses	Tipo de Jornada: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completa
Lugar de Trabajo (incluya nombre y dirección) _____ _____	Período que lleva rindiendo Planilla de Contribución Sobre Ingresos en Puerto Rico: Desde _____ Hasta _____	

## III. SI ES ESTUDIANTE EXTRANJERO FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN, SINO PASE A LA SECCIÓN IV

Núm. Tarjeta de Residente: _____	Ciudadania de los Padres:
Fecha de Expiración : _____	Padre: _____ Madre: _____
País de Procedencia: _____	Lugar de empleo de los padres:
Fecha de llegada: _____	Padre: _____ Madre: _____
Edad al llegar: _____	Lugar de Residencia de los padres de no vivir con usted:
	Padre: _____ Madre: _____

## IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Licencias que Posee: _____	Asociaciones Profesionales y/o Comunitarias a las que pertenece: _____ _____
¿Ha participado de algún evento electoral en P.R. ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

