



# UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Recinto de Ciencias Médicas

Oficina del Registrador

Para realizar el trámite de esta solicitud, deberá pagar \$5.00 en la Oficina de Recaudaciones y traer recibo a la Oficina del Registrador.

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

<b>DATOS PERSONALES</b>							
<i>**Favor de indicar su nombre completo, según aparece en su record académico **</i> (1er Apellido, 2do Apellido, Nombre e Inicial)							
<b>Apellidos, Nombre</b>				<b>Núm. del Estudiante</b>			
<b>Dirección</b>				<b>Núm. de Seguro Social</b>			
				<b>Núm. de Teléfono</b>			
<b>Pueblo</b>		<b>País</b>		<b>Zip Code</b>		<b>Núm. de Celular</b>	
<b>Correo Electrónico</b>							
<b>INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>							
<b>¿Estudia actualmente?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<b>¿Se Graduó?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
<b>Facultad</b>							
<b>Programa</b>							
<b>Grado Obtenido (más reciente)</b>							
<b>Fecha de Graduación</b>							
<b>TIPO DE CERTIFICACIÓN</b>							
<i>**Favor de indicar Nombre y Dirección donde se remitirá la certificación**</i>							
<input type="checkbox"/> Otorgación de Ayudas Económicas		<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia		<input type="checkbox"/> Traducción de Diploma			
<input type="checkbox"/> Renovación de Plan Médico		<input type="checkbox"/> Préstamos		<input type="checkbox"/> Certificación de Diploma			
<input type="checkbox"/> Departamento del Trabajo		<input type="checkbox"/> Personal		<input type="checkbox"/> Otros			
<b>Nombre y Dirección</b>			<b>Matrícula</b>	<input type="checkbox"/> Semestre	<input type="checkbox"/> Año		
				<input type="checkbox"/> Trimestre	<input type="checkbox"/> Verano		
			<b>Período Académico</b>				
			<b>Grado</b>	<input type="checkbox"/> Con promedio <input type="checkbox"/> Sin promedio			
			<b>Idioma</b>	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés			
<b>Firma</b>				<b>Fecha</b>			