

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

SOLICITUD DE GRADUACIÓN

- () 1 Trim. () 1 Sem.
 () 2 Trim. () 2 Sem.
 () 3 Trim. () 3 Verano
 () Duplicado de Diploma

Año Académico _____

Instrucciones:

Esta solicitud deberá presentarse al Registrador en el momento de efectuar la matrícula para la sesión académica en que habrán de completarse los requisitos hacia el diploma, grado o certificado.

La solicitud es válida únicamente cuando el estudiante haya pagado al Recaudador Oficial el derecho de diploma.

El estudiante deberá orientarse oportunamente con su Decano sobre los requisitos hacia el grado, título o diploma que interesa obtener.

Apellidos, Nombre, Inicial (en letra de molde)		Núm. Estudiante	Núm. Seguro Social (opcional)
USO OFICIAL (Registrador)	Fecha y Lugar de Nacimiento	Sexo	Núm. Teléfono
Pts Honor	Dirección Postal (Permanente)	Correo Electrónico (Email)	
Índice	Nombre del Padre	Nombre de la Madre	
Grado	Título que solicita	Concentración	
Fecha de Grado	Fecha de Solicitud	Firma	

NOTA:

- a) ESTA SOLICITUD CADUCA AL AÑO DE SER EXPEDIDA. DE NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS EN EL TERMINO ESTIPULADO DEBERÁ RADICAR UNA NUEVA SOLICITUD DE GRADUACIÓN Y PAGAR LOS DERECHOS DEL DIPLOMA.
- b) UNA VEZ PAGADA, ESTA SOLICITUD DEBE ENTREGARSE A LA OFICINA DEL REGISTRADOR, PARA SER PROCESADA
- c) AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, USTED CERTIFICA TENER CONOCIMIENTO DE QUE ESTA SOLICITUD Y DESFILAR EN LOS ACTOS DE GRADUACIÓN NO IMPLICAN UN COMPROMISO DE OTORGACIÓN DE GRADO.
- d) EL GRADO SERÁ OTORGADO UNA VEZ CUMPLA CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR EL PROGRAMA Y LAS REGLAMENTACIONES VIGENTES DE LA INSTITUCIÓN.

AUTORIZACIÓN PARA EL DIRECTORIO INFORMATIVO DE ESTUDIANTES
(Favor marcar su mejor opción)

1. AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN MÁS ADELANTE INDICADA FIGURE EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO
- a) CATEGORÍA I : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación, Créditos Matriculados, Dirección Postal, Año de Estudio, Fecha y Lugar de Nacimiento.
 - b) CATEGORÍA II : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación y Año de Estudio, Dirección, Grado Conferido, Concentración, Fecha y Lugar de Nacimiento, Status Académico.
 - c) CATEGORÍA III : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación y Año de Estudio, Dirección, Grado Conferido, Concentración, Honores, Status Académico.
2. NO AUTORIZO A FIGURAR EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO AÑO ACADÉMICO _____

* Para solicitar la creación del diploma, mediante correo deberá realizar lo siguiente:

1. Completar el formulario
2. Emitir un giro postal por la cantidad de \$80.00 a nombre de la: **Universidad de Puerto Rico**
3. Enviar ambos documentos a:

Atención: Oficina del Registrador

Recinto de Ciencias Médicas

Universidad de Puerto Rico

PO Box 365067

San Juan, PR 00936-5067