

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

NÚM. DE RECIBO \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE RECLASIFICACION**  
(VEÁSE INSTRUCCIONES AL DORSO)

NOMBRE (Según aparece inscrito)		SEXO    M    F
		NÚM. IDENTIFICACIÓN _____
		NÚM. SEGURO SOCIAL _____
DIRECCIÓN POSTAL		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
Teléfono _____		
FACULTAD Y CONCENTRACIÓN ACTUAL	FACULTAD Y CONCENTRACIÓN QUE SOLICITA	HORARIO
_____	_____	Diurno          Vespertino
_____	_____	GRADO QUE ESPERA OBTENER
SESIÓN ACADÉMICA EN QUE INTERESA RECLASIFICARSE		
Primer Semestre	Segundo Semestre	Tercer Trimestre
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Verano
_____		_____
FECHA	FIRMA DEL ESTUDIANTE	
RECOMENDACIÓN	Aprobada    Denegada	RAZÓN DE DENEGACIÓN DE LA FACULTAD
_____		
Director Programa		
_____		
Director Departamento		
_____		
Firma del Decano	Fecha	PARA USO DE LA OFICINA DEL REGISTRADOR

# RECLASIFICACIÓN

## INSTRUCCIONES

1. La solicitud de reclasificación debe ser llenada por los estudiantes que interesan solicitar traslado de una facultad, departamento o programa a otro dentro del mismo nivel.
2. Solicitar una (1) copia del expediente académico de este Recinto para enviarlo junto con la solicitud de reclasificación a la facultad, departamento o programa.
3. Los estudiantes suspendidos por razones disciplinarias o por motivos de salud deben obtener la recomendación favorable del Decano de Estudiantes o Director Médico, según corresponda.
4. Se pagará un cargo de veinte dólares (\$20.00)\* . Puede enviar giro postal o cheque certificado a nombre de la Universidad de Puerto Rico.

NOTA: El dólar (\$1.00) a pagar por el expediente académico es en adición al costo de la solicitud de reclasificación.

---

\* No es reembolsable