



Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Estudiantes

SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA

NOMBRE : _____

PROGRAMA: _____ AÑO ACADEMICO: _____

DIRECCIÓN PERMANENTE: _____

NO. ESTUDIANTE: _____ NO. SEG. SOCIAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

Indique brevemente la situación de emergencia que se le ha presentado

Cantidad Solicitada: (hasta un máximo de \$250)

El (la) abajo firmante se compromete a seguir las normas sobre los préstamos de emergencia, incluyendo el saldo de la deuda dentro del término y circunstancias que determine la **Oficina de Cobros y Reclamaciones**.

Firma

Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Autorización Asuntos Est.: _____
Nombre Escuela Firma Decano Auxiliar Asuntos Est.

Certificación **No Deudor de Préstamo de Emergencia**: _____
Firma Oficina Cobros y Reclamaciones

Certificación de Fondos: _____
Firma Oficina Administración Decanato de Estudiantes