



**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS**

PROGRAMA DE AYUDANTÍAS GRADUADAS DE CATEDRA E INVESTIGACION

Formulario de Solicitud

Periodo para el que solicita ayudantía:

Desde _____ de _____ hasta _____ de _____
Mes Año Mes Año

Información del Estudiante:

1. Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

2. Número Seguro Social _____ 3. Número de Estudiante _____

4. Sexo Femenino Masculino

Dirección Postal Permanente: _____ Correo Electrónico: _____

5. Número y calle (incluya número de Apto.) _____

6. Municipio _____ País _____ Código postal _____

7. Teléfono Permanente _____ 8. Celular _____

9. Escuela a la que pertenece _____

10. Departamento _____

11. Programa _____

12. **¿Ha recibido Ayudantía Graduada anteriormente, en el RCM u otro Recinto del Sistema de UPR?**

Sí

No

Favor anotar los últimos tres años en el Programa.

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

Año Académico: _____ Período: _____ Lugar: _____

13. **Tipo de Solicitud:**

Nueva

Renovación

14. **Año de Estudio para el cual solicita la Ayudantía:**

Primero

Tercero

Otro (especifique): _____

Segundo

Cuarto

15. **¿Cuál será su nivel de estudio para el año académico que solicita?**

Maestría

Doctorado Profesional (MD, DMD, Pharm D)

Maestría Post Doctoral

Doctorado (Ph.D., Dr. PH)

Certificado Graduado Post Doctoral

16. **¿Estará trabajando durante el Año Académico para el que solicita?**

Sí

No

Total horas trabaja semanal: _____

A tiempo completo

A tiempo parcial

Horario de Trabajo _____

Lugar de trabajo: _____

Supervisor Inmediato: _____ Teléfono: _____

Firmas en el siguiente orden:

Firma del Estudiante

Fecha

Vo. Bo. Represente de la Escuela

Fecha

Horas recomendadas por el Representante: _____

Vo. Bo. Firma Decano de la Escuela

Fecha

Información del Estudiante:

1. Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____
2. Escuela a la que pertenece _____

Información del Claustal Supervisor:

3. Nombre del Claustal Supervisor _____
4. Departamento al que pertenece el Claustal Supervisor _____
5. Programa al que pertenece el Claustal Supervisor _____
6. Teléfono del Claustal Supervisor _____ Extensión _____
7. Total horas que trabajará semanalmente el estudiante: _____
8. Tipo de Ayudantía en que trabajará bajo su supervisión:
 Cátedra Investigación de Profesor Investigación de Tesis Combinación
 Cátedra e Investigación de Profesor Cátedra e Investigación de Tesis
9. Nombre y Código del Curso (en caso de Cátedra): _____
10. Nombre del Proyecto: _____
11. Descripción de la naturaleza del Proyecto o Curso (especifique tareas a realizarse por el estudiante):

12. ¿Es el Programa Autofinanciable? Sí No

Certificado por: _____
Director del Departamento o Programa

Firmas en el siguiente orden:

| | |
|--|----------------|
| _____ Firma del Estudiante | _____ Fecha |
| _____ Firma Claustal Supervisor | _____ Fecha |
| _____ Firma Claustal Supervisor de Cátedra si es Diferente al de Investigación | _____ Fecha |
| _____ Firma Director Departamento o Programa | _____ Fecha |