UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
OFICINA DEL R EGISTRADOR

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

I. DATOS PERSONALES

1. Nombre _____

2. Número Estudiante _____

3. Seg. Soc. _____ 4. Teléfono _____

5. Dirección _____

II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

6. ¿Estudia actualmente? ☐ Sí ☐ No

7. Programa _____

8. ¿Se graduó? ☐ Sí ☐ No

9. Grado obtenido _____

10. Fecha _____

11. _____
Firma del Estudiante

III. TIPO CERTIFICACIÓN

13. Matrícula

(a) Período Académico

(b) Otro

14. Grado

(a) Con promedio ☐

(b) Sin promedio ☐

(c) Otro ☐

15. ☐ Inglés ☐ Español

16. _____
Fecha de Solicitud

12. Nombre y dirección donde se remitirá la certificación

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL REGISTRADOR

MATRÍCULA

Período	Créditos	Tiempo
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentario _____

Firma _____ Fecha _____

Número Recibo Pago _____

GRADO

Grado _____

Fecha _____ Promedio _____ Honor _____

Comentario _____

Firma _____ Fecha _____

Costo _____ Total Certificaciones _____

1) **Entregue la solicitud en la Oficina del Registrador luego de pagar.**
2) **Para la entrega personal de la certificación a:**
   (a) **Solicitante ☐ presentar tarjeta de identificación con retrato.**
   (b) **Segunda persona ☐ presentar autorización escrita del solicitante y tarjeta de identificación con retrato.**
3) **Se pagará un cargo de un dólar treintaicinco centavos ($1.35) para esta solicitud.**