

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADEMICOS
OFICINA DEL REGISTRADOR

SOLICITUD DE GRADUACION

- () 1-Trim. () 1-Sem.
 () 2-Trim. () 2-Sem.
 () 3-Trim. () 3-Verano

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 (\$27.00). El estudiante deberá orientarse oportunamente con su Decano sobre los requisitos hacia el grado, título o diploma que interesa obtener.

	Nombre (Apellido Paterno y Materno)	Núm. Estudiante	
Grado	Fecha y lugar de nacimiento	Sexo	Teléfono
Créditos	Dirección permanente	Seguro Social	
Puntos Honor	Nombre del Padre	Nombre de la Madre	
Indice	Título que solicita	Concetración	
Fecha	Fecha de solicitud	Firma	

- NOTA:** (a) **ESTA SOLICITUD CADUCA AL AÑO DE SER EXPEDIDA DE NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS EN EL TERMINO ESTIPULADO DEBERA RADICAR UNA NUEVA SOLICITUD DE GRADUACION Y PAGAR PAGAR LOS DERECHOS DEL DIPLOMA.**
 (b) **UNA VEZ PAGADA ESTA SOLICITUD DEBE ENTREGARSE A LA OFICINA DEL REGISTRADOR, PARA PROCESADA.**
 (c) **COMPLETAR INFORMACION AL DORSO.**