



Oficina de Registro

SOLICITUD DE SERVICIO

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Número de Estudiante \_\_\_\_\_

**Autorizo a actualizar información en sistema**

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono y/o celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Grado Académico:  Asociado  Bachillerato  Maestría  CEDOC

Servicio que solicita:  Certificación de Estudios: \_\_\_\_\_ Actual \_\_\_\_\_ Años anteriores. Especifique \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_ Plan Médico \_\_\_\_\_ Préstamo \_\_\_\_\_ Planilla "income tax" – Año (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Vivienda  
\_\_\_\_\_ Cupones (TANF) \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Certificación Cursos para Rehabilitación Vocacional\* \_\_\_\_\_ Copias Documentos – Explique: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PARA USO OFICIAL DE REGISTRO

SEMESTRE \_\_\_\_\_

Créditos Matriculados \_\_\_\_\_

Firma del Oficial: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

REV. 02/26/19

CURSOS PARA CERTIFICAR REHABILITACION VOCACIONAL

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Razón a justificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de remitir dicha solicitud a los siguientes correos electrónicos:

Sandra L. Caldero      scaldero@ucb.edu.pr

Edgardo L. Colton      ecolton@ucb.edu.pr