UNIVERSIDAD CENTRAL DE BAYAMÓN
PO Box 1725, Bayamón, P.R. 00960-1725 • (787) 786-3030 • www.ucb.edu.pr
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:

Oficina de Registro registro@ucb.edu.pr
Edgardo L. Colton ecolton@ucb.edu.pr