



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:

Vilmarie Sierra

vsierra@ucb.edu.pr

Oficina de Registro

registro@ucb.edu.pr

Edgardo L. Colton

ecolton@ucb.edu.pr