

**SOLICITUD DE READMISION**  
(VEÁSE INSTRUCCIONES AL DORSO)

NOMBRE (Según aparece inscrito)		SEXO    M    F
		NÚM. IDENTIFICACIÓN _____
		NÚM. SEGURO SOCIAL _____
DIRECCIÓN POSTAL		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
Teléfono _____		RAZONES PARA INTERRUMPIR ESTUDIOS Me gradué                      No conseguí cursos Salud                              Problemas académicos Condición económica              Problemas disciplinarios Otros
ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS	OTROS RECINTOS O UNIVERSIDADES	FACULTAD Y DEPARTAMENTO QUE INTERESA INGRESAR
Facultad : _____ Programa : _____ Fecha : _____	Facultad : _____ Grado : _____ Fecha : _____	
SESIÓN ACADÉMICA INTERESA:		AÑO ACADÉMICO _____
Primer Semestre      Segundo Semestre      Tercer Trimestre		HORARIO Diurno      Vespertino
Primer Trimestre      Segundo Trimestre      Verano		GRADO QUE ESPERA OBTENER Y/O CURSO(S) QUE INTERESA TOMAR
SESIÓN ACADÉMICA EN QUE INTERESA RECLASIFICARSE		
Primer Semestre                      Segundo Semestre                      Tercer Trimestre		
Primer Trimestre                      Segundo Trimestre                      Verano		
_____		_____
FECHA	FIRMA DEL ESTUDIANTE	
RECOMENDACIÓN	Aprobada      Denegada	RAZÓN DE DENEGACIÓN DE LA FACULTAD
Director Programa		
Director Departamento		PARA USO DE LA OFICINA DEL REGISTRADOR
Firma del Decano	Fecha	

# READMISION

## INSTRUCCIONES

1. La solicitud de readmisión deberá ser llenada por los estudiantes que interesan estudios después de haber estado fuera del Recinto por una sesión académica o más.
2. Solicitar una (1) copia del expediente académico de este Recinto para enviarlo junto con la solicitud de readmisión a la Facultad.
3. Los candidatos a readmisión que hayan interrumpido sus estudios por más de dos sesiones académicas consecutivas y los que hayan permanecido ausentes por razones de salud física y/o mental, deberán incluir un certificado médico con su solicitud.
4. Los estudiantes suspendidos por razones disciplinarias o por motivos de salud deben obtener la recomendación favorable del Decano de Estudiantes o Director Médico, según corresponda.
5. El término para radicar la solicitud y todos los documentos requeridos en la Oficina del Registrador vence en las fechas señaladas en el calendario académico de este Recinto del año en que interesa ingresar.
6. Los exalumnos que soliciten reingreso o programas graduados deben conseguir la aprobación del Director del Programa, Director del Departamento y Decano, según sea el caso, antes de radicar el formulario. Los que estén haciendo los trámites de ingreso lo deben indicar así en la solicitud.
7. Los exalumnos que han cursado estudios en otras unidades de la Universidad de Puerto Rico o en otras instituciones universitarias acreditadas después de haber interrumpido sus estudios en el Recinto de Ciencias Médicas, deberán radicar dos (2) copias del expediente académico de cada una de las unidades o instituciones en donde han estudiado. El Decano correspondiente y el Registrador determinarán, independientemente del estudio de la solicitud de ingreso, los créditos a convalidarse y/o sustituirse por los cursos aprobados en dichas instituciones.
8. Se pagará un cargo de treinta y tres dólares (\$33.00)\* si la solicitud está a tiempo y se pagará un cargo de cuarenta y nueve dólares con cincuenta centavos (\$49.50)\* si la solicitud es tardía. Puede enviar giro postal o cheque certificado a nombre de la Universidad de Puerto Rico.

NOTA: El dólar (\$1.00) a pagar por el expediente académico es en adición al costo de la solicitud de readmisión (aplicable a estudiantes del Recinto de Ciencias Médicas)

Si los estudiantes que solicitan readmisión al Recinto de Ciencias Médicas viene de otro recinto del sistema de la Universidad de Puerto Rico deben solicitar dos (2) expedientes académicos confidenciales dirigidos a la Oficina del Registrador nuestra.

Esta misma solicitud la utilizará el estudiante cuando tenga que hacer una readmisión/reclasificación y pagará la cantidad indicada en el renglón número ocho (8).

---

\* No es reembolsable