

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

Solicitud de Baja Total Parcial Ajustes (eliminar o añadir cursos)

OFICINA DEL REGISTRADOR

Yo _____, _____, _____, _____, _____, _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Número de Estudiante Programa y clasificación Sesión Académica

Decano Asociado de la Facultad

Director del Programa

Firma del estudiante

DEPARTAMENTO	FIRMAS	Bajas / Eliminar				Altas			
		Curso	Prof.	Crs.	Sec.	Curso	Prof	Crs.	Sec.
Oficina Fiscal – AE									
Cobros y Reclamaciones									
Recaudador									
Biblioteca									
Asistencia Económica									
_____ Firma del Registrador		_____ Fecha		Total de créditos _____		Total de Créditos _____			

Nota: Si un estudiante tiene derecho a devolución la oficina de Recaudaciones devolverá la cantidad correspondiente en su oportunidad. Por otro lado, si el estudiante no satisface todas las deudas con la Institución no recibirá documento alguno relacionado con su trabajo en el Recinto.

Solicito se me dé de baja en la totalidad de los cursos en que estoy matriculado(a) en este periodo académico. Entiendo que es mi responsabilidad gestionar la aprobación de oficiales y Departamentos arriba indicados. Las razones que tengo para darme de baja son:

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------|
| 1. Razones de salud | 4. Muerte | 7. Misión Religiosa | 10. Otros |
| 2. Incapacidad Permanente | 5. Servir Cuerpos de Paz | 8. Deficiencia Académica | |
| 3. Razones Personales | 6. Servir Fuerzas Armadas | 9. Situación Económica | |

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

ORIGINAL - REGISTRADOR