



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
COLEGIO DE ARTES Y CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

- Solicitud completa
 Solicitud incompleta
 Pago recibido

HOJA DE REGISTRO

Enviar correspondencia a:

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
PO BOX 9000
MAYAGUEZ, PR 00680-9000
TELÉFONO: 787-832-4040 Ext. 2433
Correo Electrónico: *ecenfe@uprm.edu***

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Favor llenar en letra de molde legible. Solicitud incompleta no será registrada.

Nombre: _____ Profesión: _____

No. de licencia: _____ No. Seguro Social _____

Dirección Postal: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Institución donde labora: _____ Teléfono: _____

Forma de pago: () giro postal () en persona () efectivo Cantidad: _____

