



**Oficina de Registraduría**

**AUTORIZACIÓN PARA TOMAR CURSOS EN OTRAS INSTITUCIONES**

**(INSTRUCCIONES AL DORSO)**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Número de Estudiante: _____
Dirección Postal _____ _____ _____				Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Día / Mes / Año	
Correo Electrónico: _____				Lugar de Nacimiento: _____	
Teléfono: _____				Ciudadanía: _____	
				Residencia Permanente: _____	

Índ. Acad. General: \_\_\_\_\_ ¿Está en probatoria?  Sí  No

**El Decano de Asuntos Académicos de esta Institución se reserva el derecho de autorizar a los estudiantes en probatoria académica.**

ESTUDIA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS EN EL RUM AÑO _____	NIVEL <input type="checkbox"/> SUBGRADUADO <input type="checkbox"/> GRADUADO		<b>NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA EN LA CUAL SOLICITA ESTUDIAR</b> _____ _____					
COLEGIO <input type="checkbox"/> ADEM <input type="checkbox"/> A & C <input type="checkbox"/> CS AGRICOLAS <input type="checkbox"/> ING <input type="checkbox"/> PPMES		PROGRAMA DE ESTUDIO							
PERÍODO EN QUE SOLICITA TOMAR CURSOS <input type="checkbox"/> PRIMER SEMESTRE DEL AÑO ACADÉMICO _____ - _____ <input type="checkbox"/> SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO ACADÉMICO _____ - _____ <input type="checkbox"/> VERANO _____ <input type="checkbox"/> OTRO (INDIQUE) _____				<input type="checkbox"/> CAND. GRADUACIÓN <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE INTERCAMBIO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE CON MATRÍCULA DE HONOR INDIQUE RAZÓN DE ESTA SOLICITUD					
<b>CURSOS AUTORIZADOS</b>				<b>EQUIVALENCIA EN EL RECINTO (RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ)</b>					
FIRMA DEL DIRECTOR DE DEPARTAMENTO	CODIFICACIÓN DEL CURSO	TÍTULO	CRS	CODIFICACIÓN DEL CURSO	TÍTULO	CRS	CONDUCE A GRADO		USO Ø
							SI	NO	
TOTAL DE CRÉDITOS AUTORIZADOS				TOTAL DE CRÉDITOS AUTORIZADOS					

Ø Electiva Libre, Recomendada, Sociohumanística, etc.

FIRMA DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ **APROBADO POR DECANO** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
**DIRECTOR O REPRESENTANTE** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ REGISTRADOR(A) O REPRESENTANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PARA USO DEL DECANO DE LA UNIDAD RECEPTORA ACCION TOMADA: <input type="checkbox"/> APROBADA <input type="checkbox"/> APROBADA CONDICIONADA <input type="checkbox"/> DENEGADA <input type="checkbox"/> NO TIENE ÍNDICE MÍNIMO REQUERIDO <input type="checkbox"/> NO HAY CUPO <input type="checkbox"/> NO HA APROBADO REQUISITOS PREVIOS <input type="checkbox"/> CURSOS SOLICITADOS NO SE OFRECEN <input type="checkbox"/> NO TIENE ÍNDICE COMPETITIVO <input type="checkbox"/> OTROS _____				<b>PARA USO OFICINA DE REGISTRADURÍA RUM</b> FECHA RECIBIDA: _____ FUNCIONARIO: _____ NÚMERO DE RECIBO: _____ CANTIDAD PAGADA \$ _____	
FIRMA DEL DECANO _____	FECHA _____	FIRMA DEL DECANO _____	FECHA _____		

CALL BOX 9000, Mayagüez PR 00681-9000 - Tel. (787)832-4040 Exts. 3343, 3284 - Fax. (787)832-7828

La Universidad de Puerto Rico prohíbe toda discriminación en la educación, el empleo, y en la prestación de servicios por razones de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social, ascendencia, estado civil, ideas o creencias religiosas o políticas, género, preferencia sexual, nacionalidad, origen étnico, condición de veterano de las Fuerzas Armadas o incapacidad física.

