Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Decanato de Asuntos Académicos

OFICINA DE REGISTRADURIA

Solicitud de Acceso al Sistema de Información Estudiantil

1. Nombre del Solicitante:

2. Puesto:

3. Departamento/Oficina:

4. Decanato:

5. Número de Teléfono:

6. Posee cuenta en ***RUMAD***:

____ Sí. Indique su dirección de correo electrónico:
_____

____ No. (Deberá solicitarla al Centro de Cómputos del RUM.)

7. Datos a los que solicita acceso:

_____
_____
_____
_____

8. Descripción breve, pero específica del trabajo a realizarse relacionado a los datos que solicita acceso:

_____
_____
_____
_____

9.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

10. Certifico que el solicitante pertenece a este departamento u oficina y que el trabajo a realizarse está relacionado con sus tareas y es del interés de la Institución.

_____ _____
Firma del Director del Departamento u Oficina Fecha

11.

_____ _____
Firma del Decano de la Oficina a la cual pertenece el solicitante Fecha

PARA USO DE LA OFICINA DE REGISTRADURIA

Aprobado: ____ Estudiantes ____ Horario ____ Matrícula

No Aprobado: _____

Comentarios:_____
_____

_____ _____
Registradora o su Representante Fecha

Orientación sobre la responsabilidad que conlleva el tener acceso al Sistema de Información Estudiantil.

_____ _____
Registradora o su Representante Fecha

NOTA: Al finalizar esta orientación el empleado debe firmar la Aceptación de Responsabilidad.

No se aceptará la firma del empleado en la Aceptación de Responsabilidad, hasta tanto no reciba la debida orientación por la Registradora o su Representante.

ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD

Entiendo la responsabilidad que conlleva el aceptar el acceso a los expedientes académicos y programas de clases de los estudiantes. Acepto la responsabilidad de cumplir con la política institucional de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Mayagüez relacionada a la divulgación de información de estudiantes. Tengo conocimiento de lo que expone la Ley "Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 enmienda Buckley" relacionada con la divulgación de información de estudiantes. Con mi firma en este documento, certifico que entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con la seguridad y confidencialidad de la información que accese.
Informaré, mediante comunicación escrita, al Gerente de Sistema de Seguridad, del Centro de Cómputos, cuando la necesidad de acceso que solicité cambie y esto difiera con lo permitido en el reglamento institucional.
Entiendo que soy responsable de la clave de acceso que se me asigne.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

Fecha en la que se somete la solicitud de acceso al Centro de Cómputos.

_____
Fecha

cnm/oct 2001

PO BOX 9025 / MAYAGUEZ PR 00681-9025 – TEL. (787) 32-4040 EXTS. 3424, 3284 – FAX (787) 832-7828