UNIVERSIDAD CENTRAL DE BAYAMÓN
PO Box 1725, Bayamón, P.R. 00960-1725 • (787) 786-3030 • www.ucb.edu.pr
Oficina de Registro

SOLICITUD DE SERVICIO

_____ _____ _____

Apellido Paterno Materno Nombre Número de Estudiante

☐ ***Autorizo a actualizar información en sistema***

Dirección: _____ Teléfono y/o celular: _____

_____ Correo electrónico: _____

_____

Grado Académico: ☐ Asociado ☐ Bachillerato ☐ Maestría ☐ CEDOC

Servicio que solicita: ☐ Certificación de Estudios: _____Actual _____Años anteriores. Especifique_____

Propósito: _____Plan Médico _____Préstamo _____Planilla "income tax" – Año (_____) _____Trabajo _____Vivienda

_____Cupones (TANF) _____Otros_____

☐ Certificación Cursos para Rehabilitación Vocacional* _____Copias Documentos – Explique:_____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

PARA USO OFICIAL DE REGISTRO

SEMESTRE _____ **Créditos Matriculados**_____ **Firma del Oficial:**_____ **Fecha:**_____

REV. 02/26/19

CURSOS PARA CERTIFICAR REHABILITACION VOCACIONAL

1._____

2._____

3._____

4._____

Razón a justificar: _____

_____

_____

Favor de remitir dicha solicitud a los siguientes correos electrónicos:

Sandra L. Caldero scaldero@ucb.edu.pr
Jesús E. Otero jeotero@ucb.edu.pr
Edgardo L. Colton ecolton@ucb.edu.pr