

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES
DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUADA
(FAVOR DE COMPLETAR CON BOLÍGRAFO Y EN LETRA DE MOLDE)

Recinto al que solicita: Aguadilla Arecibo Barranquitas Bayamón Fajardo Esc. Optometría
 Metropolitano Ponce San Germán Fac. Derecho Guayama

Por favor complete este formulario en su totalidad. Esta información es confidencial pero necesaria para crear el expediente electrónico. La Universidad Interamericana de Puerto Rico hará uso exclusivo de esta información para propósitos del Programa de Educación Continuada.

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Número de Estudiante o Seguro Social: _____ - _____ - _____ Género: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

¿Es usted residente legal de los Estados Unidos? Sí No Otro lugar: _____

¿Es usted residente con visado? Sí No Tipo de visado: _____

Dirección Postal: _____ Zip Code _____

Teléfonos: Residencial: _____ - _____ - _____ Celular: _____ - _____ - _____ Trabajo: _____ - _____ - _____

Lugar de trabajo: _____ Ocupación o Posición: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Indique si necesita acomodo razonable durante su participación en la actividad de educación continuada. (Opcional)

Sí, explique: _____ No

Término académico en el que interesa comenzar:

Julio a Septiembre Octubre a Diciembre Enero a Marzo Abril a Junio

Curso(s) o actividad(es) y orden en que le interesa: (Ver oferta)

_____ 1° _____

_____ 2° _____

_____ 3° _____

¿Interesa otro(s) curso(s) no incluidos(s) en la oferta examinada? Sí No

_____ 1° _____

_____ 2° _____

LA SOLICITUD NO ES VÁLIDA SIN SU FIRMA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA

La universidad Interamericana de Puerto Rico no discrimina contra persona alguna en ninguna de las operaciones institucionales por razón de raza, color, edad, género, religión, nacionalidad, estado civil, apariencia física, afiliación política o impedimento físico o mental.