

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**  
**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS**  
 DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS  
 OFICINA DEL REGISTRADOR

**SOLICITUD DE GRADUACIÓN**

- ( ) 1 Trim.      ( ) 1 Sem.  
 ( ) 2 Trim.      ( ) 2 Sem.  
 ( ) 3 Trim.      ( ) 3 Verano  
 ( ) Duplicado de Diploma

Año Académico \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Esta solicitud deberá presentarse al Registrador en el momento de efectuar la matrícula para la sesión académica en que habrán de completarse los requisitos hacia el diploma, grado o certificado.

La solicitud es válida únicamente cuando el estudiante haya pagado al Recaudador Oficial el derecho de diploma (\$27.00).

El estudiante deberá orientarse oportunamente con su Decano sobre los requisitos hacia el grado, título o diploma que interesa obtener.

Apellidos, Nombre, Inicial (en letra de molde)		Núm. Estudiante	Núm. Seguro Social (opcional)
<b>USO OFICIAL</b> (Registrador)	Fecha y Lugar de Nacimiento	Sexo	Núm. Teléfono
<b>Pts Honor</b>	Dirección Postal (Permanente)		Correo Electrónico (Email)
<b>Índice</b>	Nombre del Padre	Nombre de la Madre	
<b>Grado</b>	Título que solicita	Concentración	
<b>Fecha de Grado</b>	Fecha de Solicitud	Firma	

**NOTA:**

- a) ESTA SOLICITUD CADUCA AL AÑO DE SER EXPEDIDA. DE NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS EN EL TERMINO ESTIPULADO DEBERÁ RADICAR UNA NUEVA SOLICITUD DE GRADUACIÓN Y PAGAR LOS DERECHOS DEL DIPLOMA.
- b) UNA VEZ PAGADA, ESTA SOLICITUD DEBE ENTREGARSE A LA OFICINA DEL REGISTRADOR, PARA SER PROCESADA
- c) AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, USTED CERTIFICA TENER CONOCIMIENTO DE QUE ESTA SOLICITUD Y DESFILAR EN LOS ACTOS DE GRADUACIÓN NO IMPLICAN UN COMPROMISO DE OTORGACIÓN DE GRADO.
- d) EL GRADO SERÁ OTORGADO UNA VEZ CUMPLA CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR EL PROGRAMA Y LAS REGLAMENTACIONES VIGENTES DE LA INSTITUCIÓN.

**AUTORIZACIÓN PARA EL DIRECTORIO INFORMATIVO DE ESTUDIANTES**  
**(Favor marcar su mejor opción)**

1. AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN MÁS ADELANTE INDICADA FIGURE EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO
- a) CATEGORÍA I : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación, Créditos Matriculados, Dirección Postal, Año de Estudio, Fecha y Lugar de Nacimiento.
  - b) CATEGORÍA II : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación y Año de Estudio, Dirección, Grado Conferido, Concentración, Fecha y Lugar de Nacimiento, Status Académico.
  - c) CATEGORÍA III : Nombre, Número de Estudiante, Clasificación y Año de Estudio, Dirección, Grado Conferido, Concentración, Honores, Status Académico.
2. NO AUTORIZO A FIGURAR EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO AÑO ACADÉMICO \_\_\_\_\_

\* Para solicitar la creación del diploma, mediante correo deberá realizar lo siguiente:

1. Completar el formulario
2. Emitir un giro postal por la cantidad de \$27.00 a nombre de:

**Universidad de Puerto Rico**

3. Enviar ambos documentos a:

**Atención: Oficina del Registrador**

Recinto de Ciencias Médicas

Universidad de Puerto Rico

PO Box 365067

San Juan, PR 00936-5067