

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADEMICOS
OFICINA DEL REGISTRADOR**

HOJA DE PRE-MATRICULA

NOMBRE DE ESTUDIANTE

NUMERO DE IDENTIFICACION

TELEFONO RESIDENCIA

TELEFONO TRABAJO

FACULTAD

PROGRAMA

SESION ACADEMICA

FECHA

CURSOS A PRE-MATRICULAR

CURSO	SEC	CRS	DIAS	HORARIO ENTRADA	HORARIO SALIDA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

TOTAL CRS.

Vo. Bo. DE LA FACULTAD

TOTAL LAB. A COBRAR