

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RIO PIEDRAS
OFICINA DEL REGISTRADOR

AUTORIZACION DE LA FACULTAD PARA LA REPETICION DE CURSOS SUBGRADUADOS

PROGRAMA CLASIFICADO _____

SEMESTRE Y AÑO _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

NUMERO DE ESTUDIANTE _____

Cursos Autorizados	Nombre Decano de Facultad o Director de Escuela Subgraduada	Departamento	Firma	Razón para la Repetición

Según la Certificación 17 de la Junta de Síndicos (series 1998-1999)

DECANO AUXILIAR DE ESTUDIANTES

Original al Registrador
Copia al Departamento
Copia al Estudiante