



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
DECANATO ASOCIADO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA



**SOLICITUD PARA TOMAR CURSOS  
ESTUDIANTES PROGRAMA DOCTORAL  
INTERRECINTO BIOLOGÍA**

APELLIDOS PATERNO MATERNO NOMBRE INICIAL				SEXO	
_____				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
DIRECCIÓN POSTAL			DIRECCIÓN RESIDENCIAL		
TELÉFONOS: (CASA, CELULAR, TRABAJO) _____					
E-MAIL: _____					

NÚMERO DE ESTUDIANTE									
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL									

FECHA DE NACIMIENTO

MES		DIA		AÑO	

LUGAR DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_

**PERIODO EN QUE SE AUTORIZA A TOMAR LOS CURSOS:**

PRIMER SEMESTRE DEL AÑO ACADÉMICO \_\_\_\_\_

SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO ACADÉMICO \_\_\_\_\_

VERANO \_\_\_\_\_

FECHA DE ADMISIÓN

MES		AÑO	

CURSOS AUTORIZADOS					
CODIFICACIÓN DEL CURSO	DESCRIPCIÓN	CRÉDITOS	SECCIÓN	HORARIO	FIRMA DEL COORDINADOR DEL CURSO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DECANO(A) ASOCIADO(A)  
PROGRAMA GRADUADO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

\_\_\_\_\_  
FECHA