



**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**Recinto Metropolitano**  
*Oficina de Recaudaciones*

*Solicitud de Transcripción*

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección			

Fecha de la Solicitud	Número de Copias
Comienzo de Estudios	Para uso Universidad
Última Fecha Estudios	Cantidad Pagada
Fecha de Graduación	Cuentas Vencidas
Grado Obtenido	Recaudador
Inst. De Transferencia	Fecha de Envío

- Enviar transcripción inmediatamente  
 Esperar a que finalice el término

**Incluir cursos de nivel:**

- Sub-graduado     Graduado     Doctorado     Otros

**Enviar Transcripción a: (use letra de molde)**

*Favor de llenar una solicitud para cada destinatario*

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

***Instrucciones:***

1. La transcripción es un documento que solamente se puede emitir cuando es autorizado por el estudiante.
2. Las transcripciones son enviadas dentro de (10) días a partir de la fecha en que la solicitud es entregada en Registraduría.
3. La solicitud es cobrada en Recaudaciones, pero el estudiante es responsable de llevarla a Registraduría.
4. Las transcripciones oficiales no son expedidas directamente a los estudiantes, éstas son enviadas a la institución que se indique.
5. Se pueden imprimir copias no oficiales a través de la página de Web ([www.metro.inter.edu](http://www.metro.inter.edu) / Inter Web).
6. La cuota de \$6.00 es requerida para cada copia del expediente.
7. Cualquier error o reclamación debe ser notificado a la Oficina de Registraduría.

***Método de Pago:***

- Enviar un giro postal de \$6.00 por copia solicitada a la siguiente dirección:

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**Recinto Metropolitano**  
**Oficina de Recaudaciones**  
**PO Box 191293**  
**San Juan, PR 00919-1293**

- Autorizo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano, a debitar la cantidad de \$\_\_\_\_\_, por copia de transcripción a mi Tarjeta de Crédito



***Información del dueño de la tarjeta:***

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_

Fecha Expiración: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dueño de la Tarjeta

***Este formulario debe enviarse vía fax al (787) 620-2083***

***Nota: El servicio solicitado estará condicionado a la aprobación e información de la tarjeta.***

*Carr. #1, Esq. Calle Sein, Edificio J.W. Harris, 301, Río Piedras, P.R. 00928 \* Tel. (787) 250-1912 \* Fax (787) 620-2083*

[www.metro.inter.edu](http://www.metro.inter.edu)

Rev. 2008