



**Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto Metropolitano
Programa de Educación Continua**



FORMULARIO DE MATRÍCULA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Seguro Social

Número de estudiante: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											Término: _____ ¿Necesita acomodo razonable durante su participación en la actividad de educación continua? <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento: _____ (mes)/ _____ (día)/ _____ (año) Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Ex – alumno <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro _____											

Dirección Postal: _____ _____ Pueblo/País: _____ Código Postal: _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Teléfono(s):</td> <td style="width:40%;">Celular:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Residencia:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otro:</td> </tr> </table> Correo Electrónico: _____	Teléfono(s):	Celular:		Residencia:		Otro:
Teléfono(s):	Celular:						
	Residencia:						
	Otro:						

Profesión: _____	Número de Licencia: _____
-------------------------	----------------------------------

¿Cómo se enteró de nosotros?	¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Página Web Recinto <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Amigo o Familiar <input type="checkbox"/> Visita Oficina <input type="checkbox"/> Llamada Telefónica <input type="checkbox"/> Otro medio: _____	¿Es residente con visado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ ¿Es residente legal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de emergencia notificar a:		
Nombre: _____	Parentesco: _____	Teléfono: _____

Título del Curso	Días de Reunión							Horario	Salón	Referencia Curso	Materia del Curso	Número del Curso
	M	T	W	R	F	S	D					

Costo: _____	Comentarios: _____
---------------------	---------------------------

FAVOR LEER Y FIRMAR (LA SOLICITUD NO ES VÁLIDA SIN SU FIRMA)

POLÍTICAS DE REMBOLSO

CERTIFICO QUE:

Actividad	% Rembolso	Condiciones de Rembolso	He sido orientado/a en:
Actividad de un solo día	75%	Cuando la baja se realice por escrito, facsímile o por correo electrónico con 5 días laborables previos a la fecha de la actividad.	1. Descripción y objetivos del ofrecimiento; b) Requisitos del ofrecimiento; c) Horas contacto y/o unidades del ofrecimiento; d) Política de reembolso (véase página 2); e) Proceso para solicitar una transcripción de créditos, Bajas y Cambios; f) La importancia de llevar a cabo el proceso de matrícula en su totalidad, esto debido a que si no completan la fase final que es emitir el pago en la Oficina de Recaudaciones el sistema de manera automática expedirá una factura y aparecerá como deudor; g) Del participante no completar los requisitos del curso y las horas contacto completadas del ofrecimiento al que hizo matrícula sólo se le expedirá una evidencia por escrito del total de horas contacto (unidades de Educación Continua), si por el contrario el participante cumplió con todos los requisitos de la actividad y con las normas de asistencia, se procederá a expedir el certificado de Educación Continua por las horas completadas. 2. Toda la información suministrada en la presente solicitud es correcta, verídica y completa. Reconozco que falsificar y/o suministrar información incorrecta en esta solicitud puede considerarse justa causa para la denegación de esta admisión o para ser suspendido de la Universidad. Me comprometo a cumplir, conocer y respetar las normas y reglamentos de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Entiendo que todos los documentos sometidos para propósitos de solicitar admisión pasarán a ser propiedad de la UIPR.
	0%	Si el día de la actividad el participante está ausente.	
Cursos	100%	Cuando la baja se realiza tres (3) días laborables o más, antes de comenzar la actividad. Deberá completar la Hoja de Cambios y Bajas.	
	90%	Cuando la baja se realice el primer día de reunión del curso.	
	50%	Cuando la baja se realice el segundo día de reunión del curso.	
	0%	No habrá reembolso después de la segunda reunión del curso.	

Firma del estudiante

Firma del Director PEC

Fecha:

Fecha:



**Universidad Interamericana
Recinto Metropolitano
Programa de Educación Continua**



PARA USO OFICIAL

Concepto	Fecha	Núm. Recibo	Cantidad	Balance	Técnico PEC	Pagos
Matrícula						
Pago 1						<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Cash
Pago 2						<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Cash
Pago 3						<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Cash
Pago 4						<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> Cash

GESTIONES DE COBRO			
FECHA	DESCRIPCIÓN	RESULTADO	INICIALES OFICIAL PEC

- Matrícula Cancelada (Baja)
- Cobrado
- Referido a Recaudaciones

Comentarios: _____
