



AUTORIZACIÓN

Fecha: _____

Yo _____, número de estudiante _____ y con número de seguro social _____, adscrito/a al Departamento _____ y estudiante regular en el de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo y participante del Programa de Intercambio Estudiantil durante el semestre/año académico _____, autorizo a _____, con número de seguro social _____, para que realice gestiones y trámites administrativos correspondientes a mi matrícula, transcripción de créditos, beca, permisos especiales, plan médico y para que tramite, entregue o recoja en mi nombre cualquier otro documento o trámite necesario durante mi intercambio estudiantil que comprende el período desde _____ hasta _____ del año _____.

 Firma

DATOS DEL AUTORIZADO

Nombre y Apellidos del/la encargado/a: _____

Relación o parentesco: _____

Números telefónicos: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Documento de identificación: _____

Anejo: Copia de la identificación del autorizante y autorizado