

Universidad de Puerto Rico
Colegio Universitario de Arecibo
FORMULARIO DE MATRICULA

67412

OFICINA DE RECAUDACIONES

NUM. FACT.: CAJERO
 SEM FAC CL GRA CON

NOMBRE:
 CUENTA: UPRID:

FECHA	REFERENCIA	DESCRIPCION	CARGOS	CREDITOS/PAGOS
-------	------------	-------------	--------	----------------



NUMERO CURSO	TITULO	GRADO	CR	DIAS	HORA	EDIF. SALON
--------------	--------	-------	----	------	------	-------------

AUTORIZACION PARA EL DIRECTORIO INFORMATIVO DE ESTUDIANTE AÑO ACADEMICO: _____

AUTORIZO QUE LA INFORMACION MAS ADELANTE INDICADA FIGURE EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO.

 FIRMA DEL ESTUDIANTE

CATEGORIA I
 NOMBRE, NUMERO DE ESTUDIANTE, CLASIFICACION, CREDITOS MATRICULADOS,
 DIRECCION POSTAL, AÑO DE ESTUDIO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO.

CATEGORIA II
 NOMBRE, NUMERO DE ESTUDIANTE, CLASIFICACION, Y AÑO DE ESTUDIO, DIRECCION
 GRADO CONFERIDO, CONCENTRACION, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, STATUS ACADEMICO.

CATEGORIA III
 NOMBRE, NUMERO DE ESTUDIANTE, CLASIFICACION Y AÑO DE ESTUDIO, DIRECCION,
 GRADO CONFERIDO, CONCENTRACION, HONORES, STATUS ACADEMICO

 VO. BO. REGISTRADOR

NO AUTORIZO A FIGURAR EN EL DIRECTORIO INFORMATIVO.

 VO. BO. RECAUDADOR