



Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Ponce
Programa de Educación Continua

FORMULARIO
DE
MATRÍCULA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Identificación Personal	Número de Estudiante
Fecha de Nacimiento: _____(mes) / _____(día) / _____(año)			Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente legal de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente con visado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de Visado: _____			¿Necesita acomodo razonable durante su participación en la actividad de educación continuada? <input type="checkbox"/> Sí, Explique: _____ <input type="checkbox"/> No	
Dirección Postal: _____ _____			Teléfono(s):	Celular
Pueblo/País: _____ Código Postal: _____				Residencia
				Otro
			Profesión u Ocupación: _____	
Correo(s) Electrónico(s): _____				

La Universidad Interamericana de Puerto Rico no discrimina contra persona alguna en ninguna de las operaciones institucionales por razón de raza, color, edad, género, religión, nacionalidad, estado civil, apariencia física, afiliación política o impedimento físico o mental.

¿Ha tomado algún curso en el Programa de Educación Continua del Recinto de Ponce? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo se enteró de la oferta académica?	<input type="checkbox"/> Página WEB del Recinto	<input type="checkbox"/> Periódico
	<input type="checkbox"/> Visita a la Oficina (En Persona)	<input type="checkbox"/> Promoción por Correo
	<input type="checkbox"/> Amigo(a) o Familiar	<input type="checkbox"/> Email
	<input type="checkbox"/> Llamada Telefónica	<input type="checkbox"/> Otro medio: _____

Título de la Actividad Educativa	CRN	Término Académico	Día(s) de Reunión	Horario	Costo(s)
			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S		
			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S		
			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S		
			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S		
			<input type="checkbox"/> Solicitud Certificado Duplicado-PN01		

# Factura y/o Balance	Método(s) de Pago	Número(s) de Recibo	Fecha	Firma del Participante

USO OFICIAL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA



Certificación del Proceso de Orientación y Matrícula

Certifico que, previo a la(s) actividad(es) educativa(s), fui orientado(a) e informado sobre lo siguiente:

1. Descripción general de la(s) actividad(es) educativa(s)
2. Formas de evaluación y *assessment*
3. Día(s) de reunión y horario(s)
4. Horas contacto y unidades de educación continua
5. Costos y formas de pago
6. Cancelaciones, cambios, bajas y reembolsos
7. Interés comercial del recurso (si aplica)
8. Manejo y custodia de los documentos y expedientes
9. Cumplimiento con el 75% o más de la asistencia
10. Calificación (Aprobado/No aprobado)
11. Entrega de certificados
12. Solicitud de transcripciones de créditos

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Si el participante no recibió directamente la orientación, ni realizó el proceso de matrícula:

Firma de su representante: _____

Orientación y matrícula realizada por teléfono (Hora: _____)

Firma de la Directora del PEC o su representante: _____

USO OFICIAL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

--