UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO METRO
DECANATO DE EDUCACIÓN Y PROFESIONES DE LA CONDUCTA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SOLICITUD DE SERVICIOS

Fecha: _____ Hora: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Núm. de estudiante: _____
Dirección postal: _____
Tel. res. _____ Tel. trabajo _____ Celular_____
Correo electrónico: _____
Correo electrónico institucional: _____
Año de entrada _____ Concentración _____
Consejero académico: _____

SERVICIO DESEADO: (identifique y describa)

____ Convalidación y/o sustitución de créditos***** ____ Evaluación de créditos*****
____ Cita con consejero académico ____ Revisión de examen calificativo
____ Orientación ____ Otro

***Si el servicio deseado es convalidación, sustitución o evaluación de créditos, el estudiante debe traer una transcripción de créditos.**

Describa: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Referido a: _____ Fecha: _____

Acción tomada: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha: _____