



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO  
RECINTO DE AGUADILLA  
OFICINA DE ADMISIONES

**SOLICITUD DE REVISION PARA CONVALIDACION DE CREDITOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

Dirección Postal	Puerto Rico	Zona Postal
------------------	-------------	-------------

Número de Seguro Social	Código de área	Número de teléfono
-------------------------	----------------	--------------------

Universidad de Procedencia	
----------------------------	--

Concentración en U. I.	
------------------------	--

Indique el/los curso (s) que desea le revise (n):

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA			POSIBLE EQUIVALENCIA EN U.I.			SE HA MATRICULADO ANTES EN EL CURSO
Nombre del curso	Número	Créditos	Nombre del curso	Número	Créditos	

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: De ser necesario, deberá someter copia de prontuario (s) de curso (s) que solicita revisión y/o descripción de curso (s) reclamado (s).

Nota: Favor de indicar si solicitó evaluación académica oficial en la Oficina de Registraduría.

Sí  No