

SOLICITUD DE LICENCIA DE ESTUDIOS

Sección A - (Para ser completado por el estudiante)

Nombre: _____ Número de Estudiante: _____

Fecha de hoy: _____ Año Académico: _____ Semestre: _____ Nivel: _____

Dirección Postal: _____ MD 4 años BSN

_____ MD 5 años MPH

Tiempo de licencia de estudios que solicita: _____ semanas / meses (favor de circular la que aplique)

Explique la razón por la cual solicita una licencia de estudios:

Firma del Estudiante

Fecha

Sección B - (Para ser completado por el Comité de Promoción y Avalúo)

Rotaciones completadas por el estudiante a la fecha de hoy (si aplica): _____

Rotaciones que le faltan para completar (si aplica): _____

Tiempo de licencia recomendada: _____ semanas / meses (favor de circular según aplique)

Comenzando desde _____ hasta _____. Fecha en que debe reintegrarse a sus estudios: _____

Comentarios: _____

Firma del Presidente(a) Comité de Promoción y Avalúo

Fecha

Sección C - (Para ser completado por la Decana Asociada de Asuntos Académico de Ciencias Clínicas)

Licencia Aprobada Licencia Denegada

Firma de la Decana Asoc. de Asuntos Académicos de C. Clínicas

Fecha

Aviso al Estudiante: Recuerde pasar por la Oficina de Registraduría antes de reintegrarse a sus estudios, para coordinar su próxima rotación de acuerdo a la disponibilidad de espacios. De no seguir este procedimiento estará en riesgo de perder su rotación.

Enviar solicitud original a la Oficina de Registraduría

Copia a: Estudiante, Oficina de Asistencia Económica y Oficina de Finanzas

Rev. 10/15/2013