



Estado Libre Asociado de Puerto Rico

CONSEJO DE EDUCACION DE PUERTO RICO

P.O. Box 19900, San Juan, PR 00910-1900

Tel. 787 625-1204 y 787 641-7100 Ext. 2004

Fecha y hora de Recibo

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITOS DE INSTITUCIONES PRIVADAS CERRADAS

Área de Administración
División de Documentos Públicos

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

(Donde estudió)

PROGRAMA CURSADO:

(En especial los estudiantes de Universal Career)

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*:

XXX - XX -

DIRECCIÓN POSTAL RESIDENCIAL:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO PERSONAL:

TELÉFONO DEL TRABAJO:

**TIPO Y CANTIDAD DE
TRANSCRIPCIONES A SOLICITAR:**

Copia de Estudiante (se envía a la dirección postal)

Copia Oficial (se envía a la dirección oficial)

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DÓNDE SE
ENVIARÁ LA TRANSCRIPCIÓN OFICIAL :**

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:

FIRMA DEL SOLICITANTE**FECHA**

NOTA: Se requerirá a todo solicitante que presente una identificación con foto al momento de solicitar el servicio. Si la persona que solicita lo hace en representación de otra, se le requerirá una carta de autorización firmada por la persona interesada.

PARA USO DE LA AGENCIA

Nombre del Empleado que atendió la Solicitud: _____ Norma I. Rodríguez _____ Otro _____
Nombre

Cantidad Total de Transcripciones: x \$5.00 c/u = \$ _____ Fecha: _____

TIPO DE SERVICIO: TC

NÚM. DE RECIBO: _____ - _____ - _____

Núm de Registro: