



**Formulario de Matrícula**  
**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**Recinto Ponce**  
**Programa Educación Continuada**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Término: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Preparación Académica \_\_\_\_\_

Ocupación o Posición \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

¿Ha tomado algún curso en el Programa?  Sí  No

Número de Referencia del curso	Materia del Curso	Número del Curso	Título del Curso	Días de Reunión						Horario	Salón	Uso de Recaudaciones
				M	T	W	R	F	S			

Matrícula	Descuento ( %)	Total	Efectivo/ Cheque	Tarjeta de Crédito/Otros	Balance
-----------	----------------	-------	------------------	--------------------------	---------

Medio por el que se enteró del curso \_\_\_\_\_

Firma del Director(a) Educación Continuada \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_

Forma de Distribución

Copia Blanca Educación Continuada

Copia Amarilla Recaudaciones

Copia Rosa Participante

