Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Ponce
Oficina de Registraduría

Número de Expediente: _____

Deseo mi diploma en: ◯ INGLÉS ◯ ESPAÑOL

SOLICITUD DE EVALUACIÓN ACADÉMICA PARA GRADUACIÓN

Número de Estudiante

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre e Inicial _____ Correo Electrónico _____

Dirección Postal _____ Número de Teléfono _____

Dirección Postal _____ Fecha de Nacimiento _____

Declaración de Concentración Mayor _____ Concentración Menor (si aplica) _____

◯ Certificado ◯ Asociado ◯ Bachillerato ◯ Maestría ◯ Doctorado

Espero completar requisitos de graduación en: ◯ Mayo ◯ Junio ◯ Julio ◯ Diciembre / _____
Año

Fecha _____ Firma del Estudiante _____

Nota Aclaratoria: Esta solicitud se llena una sola vez. La misma es para propósitos de evaluación y graduación simultáneamente. El costo es de cien dólares (**$100.00**) por cada grado a conferirse. Una vez haya efectuado el pago debe entregar el formulario en la Oficina de Registraduría.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Oficina de Recaudaciones: _____ _____ _____
Procesado Enviado Sello de pago

Presione el siguiente encasillando para incluir la copia de su identificación:

Esta información será utilizada única y exclusivamente por las oficinas de Recaudaciones y Registraduría.

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA
RECINTO DE PONCE
OFICINA DE RECAUDACIONES

Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito

Información de la Tarjeta de Crédito:

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____ Fecha de Solicitud: _____

Tipo de Tarjeta: ◯ MasterCard ◯ VISA ◯ DISCOVER ◯ _____ (Security Code)

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____/_____ Cantidad: $_____
Mes Año

Firma del dueño de la tarjeta: _____

Favor incluir identificación con foto si usted NO es el estudiante al cual se acreditará el pago

Autorizo a la Universidad Interamericana de Ponce, a realizar el débito correspondiente a mi tarjeta de crédito por concepto de: _____

Información del estudiante al que se acreditaría el pago.

Nombre y Apellidos: _____

Número de Estudiante: | | | | | | | | | |

Debe completar y firmar el documento antes de enviarlo a: recaudaciones@ponce.inter.edu

**El servicio solicitado estará sujeto a la aprobación de su pago.*