

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE CURSOS

Cursos tomados en otra institución académica que serán evaluados para acreditarse por cursos de la UA. Costo \$5.00

Número de estudiante: _____ Fecha: _____
Mes / Día / Año

Recinto de: San Juan Mayagüez

Nombre (en letra de molde): _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____

Marque con una (✓) el grado y la especialidad:

Certificación en: Autismo Forense

B.I. Psicología Terapia del Habla y Lenguaje

M.S. Psic. Clínica Psic. Ind. /Org. Consejería Psicológica Patología Habla/Lenguaje

Psicología Escolar Autismo y otros Desórdenes del Neurodesarrollo

Ph.D. Psicología Clínica Psicología Ind. /Org. Consultoría, Investigación y Docencia

Psy.D. Psicología Clínica Consejería Psicológica Otro: _____

Semestre cuando se tomarán los cursos: FA _____ / SP _____ / SU _____

Promedio académico: _____ Créditos acumulados en UA: _____

Reconozco que soy responsable de dar seguimiento a esta solicitud y que, una vez aprobada, tengo una deuda con el Recinto de San Juan de la Universidad Albizu y treinta (30) días calendario para pagarla. De no poder cumplir a tiempo, antes de la fecha de vencimiento, se solicitará una prórroga a la Oficina de Recaudaciones, la cual conllevará un recargo de cien dólares (\$100).

Firma del Estudiante _____

Universidad Carlos Albizu • Que tu vocación sea tu profesión.

Recinto de San Juan: 787-725-6500 • Centro Universitario de Mayagüez: 787-838-7272 • Albizu.edu

