



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SEDE DE OCCIDENTE
 "Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro"
COORDINACION DE DOCENCIA

Teléfonos: 2511-7002 / 2511-7170 Fax: 2 445-6005 Apdo. 111-4250 San Ramón

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE CURSOS (aprobados en la UCR)

NOMBRE: _____ CARNE: _____

Correo Electrónico: _____ **TELEFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____

SOLICITO LA SIGUIENTE CONVALIDACIÓN DE CURSOS PARA LA CARRERA

DE: _____

NO SOLICITE CURSOS DE DIFERENTES DEPARTAMENTOS EN LA MISMA HOJA

CURSO QUE TIENE APROBADO		CURSO POR RECONOCER	
Sigla	Nombre	Sigla	Nombre
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Esta fórmula debe ser entregada en la Coordinación de Docencia para dar trámite a su solicitud. Además. Si el curso que solicita se debe enviar en consulta a la Sede Rodrigo Facio se deberá adjuntar copia del **programa** de dicho curso.

FECHA: _____ FIRMA ESTUDIANTE: _____

ESPACIO PARA RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD

La solicitud fue estudiada por () Consejo de Carrera
 () Consejo de Sección
 () Encargado de Carrera o Sección
 () Director de Departamento

Y fue () **ACEPTADA**
 () **RECHAZADA**

OBSERVACIONES:

NOMBRE _____ FIRMA _____ FECHA _____