



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



Dirección

Solicitud de Matrícula por Resolución Para estudiantes de otras Sedes Regionales

Estudiante: _____ carné: _____

Ciclo: _____ Promedio ponderado: _____

Carrera: _____

Sigla y nombre del Curso que solicita matricular:

Si los cursos son de diferentes Departamentos deben llenar solicitudes por separado

SIGLA	NOMBRE	GRUPO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma estudiante _____

Firma y sello Director Sede o Recinto solicitante: _____

Sello

PARA USO DEL DEPARTAMENTO: _____

La solicitud es:

Aprobada _____

Rechazada _____

Sello del Departamento SO

Observaciones: _____

Firma Director Departamento: _____

VBº Director Sede Occidente _____

Sello Dirección SO