VAAEPS- **REG 109** (09/2009)

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO**  Oficina de Registraduría  *I NTER AMERICAN UNIVERSITY OF PUERTO R I CO*  *Office of the Registrar* | **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**  *CERTIFICATION REQUEST* |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO**. / *PLEASE READ THE INSTRUCTIONS BEFORE COMPLETING THIS FORM.* | | | | | | | | | | Número de Identificación:  *Identification Number* | | Nombre y Apellidos: */ First Name , Father's Surname, Mother's Maiden Surname* | | | | | | Recinto o Unidad Académica:  *Campus* |  | | Nivel de estudios a certificar: *Level of studies to be certified:*  Certificados Técnicos  Nivel Subgraduado (Asociado y Bachillerato)  Nivel Profesional  Nivel Graduado (Maestría)  Nivel Graduado (Doctorado)  *Technical Certificates Undergraduate Level (Associate and Bachelors) Professional Level Graduate Leve l (Masters) Graduate Level (Doctoral)* | | | | | | | | | | Certificación de:  Matrícula o Estudios  Notas  Graduación  Otros ( Indique)  *Certification of: Registration or Studies Grades Graduation Other ( Indicate)* | | | | | |  | | | |  | | | | **Término Académico de Certificación / *Academic Term of Certification* Propósito de la Certificación / *Purpose of the Certification*** | | | | | | | | | | Agosto (Intensivo) *August (Intensive)* | | | Enero (Intensivo) *January (Intensive)* | | Plan Médico *Medical Plan* | | | | | Agosto a diciembre *August to December* | | | Enero a mayo *January to May* | | Departamento de Hacienda *Department. of the Treasury* | | | | | Agosto a octubre *August to October* | | | Enero a marzo *January to March* | | Trabajo *Work* | | | | | Octubre a diciembre *October to December* | | | Marzo a mayo *March to May* | | Programa de desempleo *Unemployment Program* | | | | | Noviembre a febrero *November to February* | | | Febrero a mayo *February to May* | | Préstamo estudiantil *Student Loan* | | | | | Verano (junio) *Summer (June)* | | | Verano (julio) *Summer (July)* | | Otros *Other* | | | | | Comentarios: */ Comments:* | | | | | Enviar a la siguiente dirección: / *Send to the following address:* | | | | | Fecha: */ Date* | Firma del Estudiante: */ Student's Signature* | | | Teléfono: */ Telephone* | | | Correo electrónico: */ Email* | | | **INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS** | | | | | | | | |  1. Este Formulario se utiliza para solicitar la certificación de información académica que contiene el expediente académico del estudiante en la Oficina de Registraduría.*/ This form is used to request the certification of academic information included in the student's academic record in the Office of the Registrar.* 2. La certificación no incluye información sobre aspectos financieros o de asistencia económica. */ The certification does not include financial or financial aid information.* 3. De ser necesario, use el espacio de comentarios para ofrecer detalles sobre el contenido de la certificación que está solicitando. */ If necessary, use the comments box to give details on the content of the certification you are requesting.* 4. Entregue la solicitud en la Oficina de Registraduría. */ Submit this request to the Office of the Registrar.* | |

VAAEPS - **REG 110** (03-2010)

**UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO**

Oficina de Registraduría

***INTER AMERICAN UNIVERSITY OF PUERTO RICO***

*Office of the Registrar*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Apellido Paterno - *Father’s Surname* Apellido Materno - *Mother’s Surname* Nombre - *First Name* | | | | | | | Número de Estudiante  *Identification Number* | | |
|  | | | | | | |
| **SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN - *TRANSCRIPT*** | ***APPLICATION*** |  | | | Dirección postal - *Mailing address* | | | |
| Fecha de Nacimiento-*Date of Birth* | | |
| Niveles de estudios a incluir en la transcripción - (Ver al dorso) *Study levels to be included in the transcript (See instructions on back)* | Para enviar - *Send*  Inmediatamente - *Immediately*  Al concluir el término académico en progreso  *At the end of current session* | | | | Mes-*Month* | Día-*Day* | Año-*Year* |
| Número de copias - *Number of Copies* | | |
| Fecha de graduación G*raduation Date* | | Mes-*Month* | Año-*Year* | Comienzo de Estudios en UIPR  *Starting date of Studies IAU* | | Mes-*Month* | Año-*Year* | Para uso oficial - *Official Use* | | |
| Enviar transcripción a: (Use letra de molde)  *Send Transcript to: (Use block letter)* |
| Grado obtenido *- Degree Attained* | | | | | Recinto - *Campus* | | |
| |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| Firma del Estudiante - *Student's Signature* | | |
| Mes-*Month* | Día-*Day* | Año-*Year* |

**COPIA ROSA-ESTUDIANTE */ STUDENT COPY (PINK)***

**COPIA CANARIO-REGISTRADURÍA */ REGISTRAR COPY (YELLOW)***

**COPIA BLANCA-DESTINATARIO / *ADDRESSEE COPY (WHITE)***

**INSTRUCCIONES */ INSTRUCTIONS***

1. Indique el nivel de estudios a incluir en la transcripción: **Juris Doctor (J.D.)**, **Maestría (LL.M.) o Doctorado (J.D.S.)**. */ Indicate the level of studies to be included in the transcript:* ***Juris Doctor (J.D.)****,* ***Master of Laws ( LL.M.) or* *Doctor of the Science of Law (J.S.D.).***
2. Esta solicitud debe presentarse en la Oficina de Recaudaciones para el pago y trámite correspondiente junto con una identificación con foto. / *This application must be presented with a photo ID at the Bursar's Office for payment and further processing.*
3. Debe completar una solicitud separada para cada destinatario. / *A separate application must be completed for each addressee.*

**NOTA */ NOTE***

La transcripción del historial académico es un documento confidencial y privado. Solamente se expiden copias del mismo a solicitud del estudiante. Las transcripciones oficiales se envían directamente por la Universidad a la institución u organización designada por el estudiante. Las transcripciones que se envían o se entregan directamente al estudiante no son consideradas como oficiales por la Universidad.

*The University does not consider transcripts issued directly to the student as official copies. The academic transcript is a confidential and private document. Copies of the transcript will be issued only at the request of the student. Official copies of the transcript will be sent directly by Inter American University to the institution or agency designated by the student.*

**MÉTODOS DE PAGO/ PAYMENTS:**

Entregue este formulario en la Oficina de Recaudaciones de la Facultad de Derecho y presente una identificación con foto para

tramitar el pago correspondiente. / *Present this form with a photo ID at the School of Law Bursar's Office and make your payment.*

Envíe por correo un giro postal de $6.00 por copia solicitada y copia de una identificación con foto a la siguiente dirección:

*Send a money order for $ 6.00 per copy with a copy of your photo ID to the following postal address:*

Universidad Interamericana de Puerto Rico

Facultad de Derecho

Oficina de Recaudaciones

PO Box 70351

San Juan, PR 00936-8351

Envíe este formulario, copia de una identificación con foto y la información de su tarjeta de crédito al correo electrónico:

*Send this form by email with a copy of your photo ID and the credit card information to the following email address:*

[recaudaciones@juris.inter.edu](mailto:recaudaciones@juris.inter.edu)

Envíe este formulario, copia de una identificación con foto y la información de su tarjeta de crédito al vía fax: (787) 751-2975.

*Send this form by email with a copy of your photo ID and the credit card information to the following fax number: (787) 751-2975.*

**INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO/ *CREDIT CARD INFORMATION:***

Autorizo a la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico a debitar la cantidad de $6.00 por copia de transcripción a mi tarjeta de crédito. / *I authorize the Inter American University of Puerto Rico School of Law to debit from my credit card, the amount of $6.00 per copy of transcript.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  *Name:* |  |
| Núm. de tarjeta:  *Card number:* |  |
| Fecha de expiración:  *Expiration date:* |  |
| Teléfono:  *Phone*: |  |
| Correo electrónico:  *Email*: |  |
| Firma:  *Signature:* |  |
| **Dueño de la tarjeta/ *Cardholder*** | |

Nota: El servicio solicitado estará condicionado a la información y aprobación de la tarjeta.

# *Note: The requested service is subject to the card information*