



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO  
RECINTO DE SAN GERMÁN  
Oficina de Recaudaciones

**Solicitud de Transcripción**

_____				Fecha de la Solicitud	Número de Copias
Número de Estudiante				Comienzo de Estudios	Para uso Universidad
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Última Fecha Estudios	Cantidad Pagada
Dirección				Fecha de Graduación	Cuentas Vencidas
<input type="checkbox"/> Enviar transcripción inmediatamente				Grado Obtenido	Recaudador
<input type="checkbox"/> Esperar a que finalice el término				Inst. de Transferencia	Fecha de Envío

**Incluir cursos de nivel:**

- Sub-graduado     Graduado     Doctorado     Otros

**Enviar transcripción a: (use letra de molde)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Favor de llenar una solicitud para cada destinatario**

\_\_\_\_\_ Firma del Estudiante

**Instrucciones:**

1. La transcripción es un documento que solamente se puede emitir cuando es autorizado por el estudiante.
2. Las transcripciones son enviadas dentro de (10) días a partir de la fecha en que la solicitud es entregada en Registraduría.
3. La solicitud es cobrada en Recaudaciones, pero el estudiante es responsable de llevarla a Registraduría.
4. Las transcripciones oficiales no son expedidas directamente a los estudiantes, éstas son enviadas a la Institución que se indique.
5. Se pueden imprimir copias no oficiales a través de la página de Web.
6. La cuota de \$6.00 es requerida para cada copia del expediente.
7. Cualquier error o reclamación debe ser notificado a la Oficina de Registraduría.
8. Debe incluir copia de alguna tarjeta de identificación con la petición.

**Método de Pago:**

- Enviar giro postal de \$6.00 por copia solicitada a la siguiente dirección:

**Universidad Interamericana de Puerto Rico  
Recinto de San Germán  
Oficina de Recaudaciones  
PO Box 5100  
San Germán PR 00683-9801**

- Autorizo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán, a debitar la cantidad de \$\_\_\_\_\_, por copia de transcripción a mi tarjeta de crédito\*
- VISA                       MASTER CARD                       AMERICAN EXPRESS

**Información del dueño de la tarjeta:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Núm. de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dueño de la Tarjeta

**Este formulario debe enviarse vía fax al (787) 892-7020**

**\*NOTA: El servicio solicitado estará condicionado a la aprobación e información de la tarjeta.**