

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE BIOANÁLISIS
OFICINA DE CONTROL DE ESTUDIOS

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN Período _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Cédula id.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo e.: _____

Asignaturas a cursar:

código	Nombre de la materia	O	E	Crédit	sección	Condic.

Anexo comprobante de pago: _____ Total de Créditos: _____

Solicitud especial: Max _____ Min _____ A156 _____ Libre E _____ Otro: _____

Firma del estudiante

por la Oficina de Control de Estudios

Autorización Profesor Guía/Consejero: _____

Note: ESTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ESTA SUJETA A REVISIÓN DE PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL DE ESTUDIOS Y DEL SISTEMA AUTOMATIZADO UXXI, MEDIANTE EL CUAL SE DETERMINARÁ LA INSCRIPCIÓN DEFINITIVA AJUSTADA A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE.