

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

FECHA DE INGRESO UCV: _____

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN: PERIODO: _____

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____ DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____ CORREO E.: _____

Asignaturas a cursar:

Código	Nombre de la materia	O	E	Crédito	Sección	Condición

ANEXO: Comprobante de pago: _____ Total de créditos: _____

Solicitud especial:

Máximo créditos: ____ Mínimo de créditos: ____ A156º: ____ Libre E: ____ Otro: _____

Firma del estudiante

por la oficina de Control de Estudios

Autorización Profesor Guía/Consejero: _____

Nota: 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. LA PLANILLA NO DEBE PRESENTAR ENMENDADURA