



NUC UNIVERSITY

SOLICITUD DE CAMBIO DE CONCENTRACIÓN

(Favor de utilizar bolígrafo y letra de molde)

Nombre: _____

Recinto: _____

Número Estudiante.: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Término: _____ Año Académico: _____

Razón del cambio: _____

Programa que cursa actualmente: _____

¿Desea que se le cuenten cursos del currículo anterior como electivas del programa nuevo de ser necesario?

SI NO

Programa al que desea cambiarse

GRADO:

- ASOCIADO
- BACHILLERATO
- MAESTRIA

Concentración: _____

Fecha

Firma del Estudiante

USO OFICIAL

Total de créditos convalidados: _____ Promedio General: _____

Procesado por: _____ Fecha: _____

1. Firma Consejero(a) Profesional /
Asesor(a) Académico

2. Firma Director(a) de Departamento

3. Firma de Recaudaciones

4. Firma de Registro