UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE BIOANÁLISIS "Dr. RAFAEL RANGEL"
OFICINA DE CONTROL DE ESTUDIOS

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

FECHA DE INGRESO UCV: _____

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN:

PERÍODO: _____

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: _____

Hago constar que la información suministrada no presenta prelación ni coincidencia de horarios

_____ _____

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 UNIDAD ACADEMICA Y DE CONTROL DE ESTUDIOS, MEDIANTE EL CUAL SE DETERMINARÁ LA INSCRIPCIÓN DEFINITIVA AJUSTADA A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE.
LA PLANILLA NO DEBE PRESENTAR ENMENDADURA