



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SEDE DE OCCIDENTE  
"Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro"  
COORDINACION DE DOCENCIA

Teléfonos: 2511-7002 / 2511-7170 Fax: 2 445-6005 Apdo. 111-4250 San Ramón

## SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE CURSOS (aprobados en la UCR)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CARNE: \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

SOLICITO LA SIGUIENTE CONVALIDACIÓN DE CURSOS PARA LA CARRERA

DE: \_\_\_\_\_

**NO SOLICITE CURSOS DE DIFERENTES DEPARTAMENTOS EN LA MISMA HOJA**

CURSO QUE TIENE APROBADO		CURSO POR RECONOCER	
Sigla	Nombre	Sigla	Nombre
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Esta fórmula debe ser entregada en la Coordinación de Docencia para dar trámite a su solicitud. Además. Si el curso que solicita se debe enviar en consulta a la Sede Rodrigo Facio se deberá adjuntar copia del **programa** de dicho curso.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

### ESPACIO PARA RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD

La solicitud fue estudiada por ( ) Consejo de Carrera  
( ) Consejo de Sección  
( ) Encargado de Carrera o Sección  
( ) Director de Departamento

Y fue ( ) **ACEPTADA**  
( ) **RECHAZADA**

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_