



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RIO PIEDRAS  
OFICINA DE RECAUDACIONES

**SOLICITUD DE REEMBOLSO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUM. ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CONCEPTO DEL REEMBOLSO \_\_\_\_\_

SEMESTRE \_\_\_\_\_ AÑO ACADEMICO \_\_\_\_\_

AUTORIZO A ADJUDICAR REEMBOLSO A LA PROXIMA MATRICULA \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Los reembolsos serán atendidos según la fecha de la solicitud. Este le llegará, ya sea, por correo o a su cuenta del banco, si tiene depósito directo con la UPR.

Es requisito que entregue copia de todas las evidencias que sean necesarias para la reclamación. La oficina no proveerá copia de esta solicitud, si interesa una, debe fotocopiarla antes del entregarla en nuestra oficina.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RIO PIEDRAS  
OFICINA DE RECAUDACIONES

SOLICITUD CERTIFICACION COSTOS DE MATRICULA Y/O DEUDA

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. Estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_  
Tel. Trabajo/Cel.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Concepto:  Costo Matrícula  Propósito:  Reembolso  
 Deuda  Saldar Deuda  
 Plan Medico  Fines Contributivo

Otros Especifique: \_\_\_\_\_

PERIODO A CERTIFICAR

Año Académico: <input type="checkbox"/> 1er Semestre	<input type="checkbox"/> 2do Semestre	<input type="checkbox"/> Verano
Año Académico: <input type="checkbox"/> 1er Semestre	<input type="checkbox"/> 2do Semestre	<input type="checkbox"/> Verano
Año Académico: <input type="checkbox"/> 1er Semestre	<input type="checkbox"/> 2do Semestre	<input type="checkbox"/> Verano

Sello de pago

Fecha

Firma