

Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Facultad de Administración de Empresas



SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA COOP /INTERNADO

Período para el cual se solicita:

Sesión: Primer Semestre _____ Segundo Semestre _____ Verano _____

Año Académico: _____

Datos Personales

Nombre _____

Núm. Estudiante _____

Dirección Postal _____

Teléfono Celular _____

_____ Teléfono (otro) _____

Dirección electrónica _____

Residente Legal Si _____ No _____

Menor de 21 años Sí _____ No _____

Datos Académicos:

Año de estudio _____

Candidato a graduación en _____

Promedio Académico General _____

Cursos de Concentración Aprobados

Código de Curso	Título del curso

Autorización:

Autorizo al Coordinador(a) del Programa de Educación Cooperativa o Internado de la Facultad de Administración de Empresas del Recinto de Río Piedras de la UPRRP a facilitarle copia de mi resumé y promedio académico a los patronos que participen en el programa con el propósito de ubicarme en un centro de práctica.

Sí _____

No _____