



SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN DE ESTUDIOS

Marcar con X según lo requiera	IT Total (todos los cursos)	
	IT Parcial (algunos cursos)	

Semestre:	Fecha de la solicitud
-----------	-----------------------

Nombre completo	Carné universitario
Correo electrónico institucional	Teléfono

Motivos por los que solicita la IT

Sigla	Curso	Grupo	Docente

Indicaciones: Debe completar este formulario, adjuntar la documentación necesaria para respaldar dicha solicitud y enviarla al correo ESTUDIANTILES.EII@ucr.ac.cr dentro de los plazos establecidos, según el calendario universitario.

El formulario debe ser enviado con la respectiva firma.

FIRMA:
