



INTERRUPCIÓN DE ESTUDIOS
SOLICITUD DE PRÓRROGA

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

Semestre en que solicitó la IT por primera vez:	Fecha de la solicitud
---	-----------------------

Nombre completo	Carné universitario
Correo electrónico institucional	Teléfono

Motivos por los que solicita la **prórroga de IT**

Sigla	Curso	Grupo

Indicaciones: Debe completar este formulario, adjuntar la documentación necesaria para respaldar dicha solicitud y enviarla al correo ESTUDIANTILES.EII@ucr.ac.cr 15 días antes del inicio del ciclo lectivo.

El formulario debe ser enviado con la respectiva firma.

FIRMA: