



**INTERRUPCIÓN DE ESTUDIOS
SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN**

Marcar con X según su condición	IT Total (todos los cursos)	
	IT Parcial (algunos cursos)	

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

Nombre completo	Carné universitario
Correo electrónico institucional	Teléfono

Sigla	Curso	Grupo	HORARIO (Tal como lo indica la Guía de Horarios)

Indicaciones: Debe completar este formulario y enviarlo al correo ESTUDIANTILES.EII@ucr.ac.cr dentro de los plazos establecidos, según el calendario universitario, es decir, **8 días hábiles, antes de la prematrícula ordinaria.**

El formulario debe ser enviado con la respectiva firma.

FIRMA: