UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

facultad de farmacia

DECANATURA

CONVALIDACIONES AUTOMÁTICAS DE MATERIAS PARA TRASLADO DE PLAN DE ESTUDIOS

1° APELLIDO	**2° APELLIDO**	**NOMBRE**	**CARNÉ**

MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:

TELEFONO	**FAX**	**CORREO ELECTRONICO**

CURSO QUE TIENEN APROBADO		CURSO POR CONVALIDAR		ESPACIO PARA LA UNIDAD ACADEMICA	
Código	**Nombre de la materia**	**Código**	**Nombre de la materia**	**Sí**	**NO**

Firma del o la estudiante **Fecha** **Nombre y Firma de quien recibe**