UCAB Universidad Católica ANDRÉS BELLO
Dirección de Gestión Estudiantil

FECHA	N° DE EXPEDIENTE
Día Mes Año	

PLANILLA DE REGISTRO DE REINCORPORACIÓN
POSTGRADO

1.Cédula de Identidad	2.Apellidos		
3.Primer Nombre		4.Segundo Nombre	
5. Programa		6. Nivel (Especialización, Maestría, Doctorado)	
7. Modalidad	8. Sede	9. Turno	10. Período Académico de Reincorporación 20_____ - 20_____

Firma del Estudiante

Para uso interno de la UCAB

PROGRAMA

10. Solicitud aprobada SI ☐ NO ☐	11. Pensum Vigente ☐ Transitorio ☐	12. Régimen Trimestral ☐ Semestral ☐
13. Materias exoneradas (si aplica)	14. Materias eliminadas (si aplica)	
Observaciones:	Procesado por: Fecha: Día Mes Año	

DIRECCIÓN DE GESTIÓN ESTUDIANTIL

15. Período (Term)	18. Código de Programa (Program)	20. Código de Sede
21. Atributos y Cohorte (SGASADD) Sede ☐ CAPP (si aplica) ☐ Campus, turno ☐		22. Term Catálogo
23. Materias exoneradas (si aplica)	24. Materias eliminadas (si aplica)	
Observaciones:	Procesado por: Fecha: Día Mes Año	