

Instituto Parauniversitario
Asociación de Servicios Médicos Costarricenses
Formulario para retiro de curso



Fecha de solicitud: _____

Yo, _____, cédula número _____, estudiante del Programa _____ solicito considerar mi solicitud de retirar los cursos _____, que me encuentro cursando en el ____ cuatrimestre del año _____. El motivo por el que solicito retirar los cursos es:

_____.

Acepto conocer que la presente es una solicitud sujeta a valoración y que eventualmente puede no ser aprobada. Comprendo que no me será devuelto el dinero cancelado por concepto de matrícula, y que si presento esta solicitud fuera del plazo establecido según calendario académico, no me será devuelto el dinero cancelado por concepto de cursos u otros, Acepto que en caso de corresponder el reintegro de dinero, debo realizar la solicitud formal para la devolución de este, o en su defecto mantenerlo como un saldo a favor, que debo utilizar en el plazo máximo de 6 meses posteriores a la fecha del retiro. De no ser así, comprendo que debo cancelar nuevamente el monto total correspondiente en el proceso de matrícula.

Atentamente:

Nombre completo del estudiante: _____.

Firma del estudiante: _____.

Cédula: _____.

Correo electrónico para notificación: _____.

Nombre completo del gestor(a) que recibe la solicitud:

Aprobación del Jefe de Registro:

Firma _____.

Fecha _____.

SELLO DE LA
INSTITUCIÓN