UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSITY OF PUERTO RICO, MEDICAL SCIENCES CAMPUS

ESCUELA DE MEDICINA DENTAL
SCHOOL OF DENTAL MEDICINE

Sr. Abelardo Martínez
Registrador
Oficina del Registrador
Recinto de Ciencias Médicas

REPORTE DE CALIFICACIÓN

Estimado señor Martínez:

Por este medio se reporta la calificación del estudiante _____ con número de estudiante _____ para el curso _____, sección _____, fue tomado por el estudiante durante el Año Académico _____. La calificación final es _____.

Agradeceré se proceda con la acción pertinente.

Atentamente,

_____
Coordinador(a)
Curso _____

c
Director(a) del Departamento

Dra. Elaine M. Pagán Ortiz
Decana Asociada

Dra. Damaris Molina
Decana Auxiliar Asuntos Académicos

DIRECCIÓN POSTAL:
PO BOX 365067
SAN JUAN, PR
00936-5067

DIRECCIÓN FÍSICA:
PASEO DR. CELSO BARBOSA
TERRENO DE CENTRO MÉDICO
EDIFICIO PRINCIPAL
RCM, PRIMER PISO
RÍO PIEDRAS
PR 00935

TELÉFONO:
(787) 758-2525

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I
Equal Employment Opportunity Employer M/W/V/D