



**Estado Libre Asociado de Puerto Rico**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN**

OFICINA ASUNTOS FEDERALES

**PROGRAMA TÍTULO II, PARTE-A: "TEACHER AND PRINCIPAL TRAINING AND RECRUITING FUND"**  
**SOLICITUD DE CAMBIO EN PAGO DE MATRÍCULA**  
**PARA MAESTROS Y/O DIRECTORES**  
**ESCUELAS PRIVADAS 2008-2009**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Dirección postal escuela: \_\_\_\_\_  
 Tel Res: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
 Universidad: \_\_\_\_\_ Recinto: \_\_\_\_\_  
 Puesto actual:  Maestro  Director Nivel de estudio:  Certificación  Bachillerato  Maestría  Doctorado  
 Razón para el cambio: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE ESTUDIO AUTORIZADO**

Especifique periodo, codificación, nombre del curso, costo y cantidad de créditos de los cursos aprobados

PERIODO	CODIFICACIÓN	NOMBRE DEL CURSO	CRÉDITOS	COSTOS

TOTALES Cr \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE ESTUDIO DESPUES DEL CAMBIO**

Especifique periodo, codificación, nombre del curso, costo y cantidad de créditos de los cursos solicitados

PERIODO	CODIFICACIÓN	NOMBRE DEL CURSO	CRÉDITOS	COSTOS

TOTALES Cr \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE ASUNTO FEDERALES**

Observaciones:

Firma del oficial Fiscal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
P O BOX 190759, SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-0759 • TEL: (787) 759-8910 • FAX: (787) 751-6192

El Departamento de Educación no discrimina por razón de raza, color, sexo, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.