

CAMBIO DE INFORMACIÓN

Apellidos: Nombre: In.

ID# Estudiante: Teléfono: Email:

Programa: DMIN MA MDIV MPS BS BA Cert. no-grado

Cambio de nombre:

Nuevo

Anterior

Nota: Los cambios de nombre requieren dos (2) formas de verificación, una de las cuales debe mostrar la nueva tarjeta de Seguro Social e identificación.

Cambio de dirección:

Cambio de teléfono:

Teléfono: Cel.

Casa

Trabajo

Cambio de correo electrónico:

Correo electrónico:

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Uso Oficina Registraduría

Procesado en Praxi por: _____ Firma: _____ Fecha: _____