



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
DEPARTAMENTO ATLETICO

Renuncia
Suspensión

Renuncia o Suspensión de Pago de Dietas a Atletas

Estudiante: _____
Nombre Apellidos

Número de Estudiante: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Terminación¹: _____

Cuenta HRS: _____ Cuenta UFIS: _____

Razones para la renuncia o suspensión:

Renuncia participación atlética o dieta: Fin de la actividad:
Incumplimiento del acuerdo o requisitos: No progreso académico:
Baja total: Otros: _____

Firma del/la Estudiante:² _____

Director(a) Departamento Atlético

Nombre Firma

Decano(a) de Estudiantes o su representante

Fecha _____

Nombre Firma

Fecha _____

¹ Se refiere al último día en que debe cobrar la dieta.

² En caso de renuncia.