CONSERVATORIO
DE MÚSICA DE PUERTO RICO

Solicitud: Programa de equivalencia en musicoterapia			
Datos personales:			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre/Inicial	
Dirección Permanente:			
Dirección Postal:			
Teléfono Residencial:	Celular:	Género M F	
Correo Electrónico:			
Fecha nacimiento mes/día/año:		Lugar de nacimiento:	
Estado Civil:		Ocupación:	
Ciudadanía: Americana		Otra ciudadanía Indique:	
Residente Permanente:	Núm tarjeta residente:	Tipo de Visa:	
En caso de emergencia favor notificar:			
Teléfono:		Relación:	
Historial Académico:			
Universidad de procedencia		Fecha de Graduación	
Último grado obtenido		Otros grados:	
Obtuvo un bachillerato en: ☐ Música ☐ Artes con concentración en música ☐ Universidad fuera de PR. Indique título del grado obtenido: _____ _____			
Lugar de Trabajo:	Posición:	Tiempo	
Experiencia en áreas relacionadas a la música y/o musicoterapia			
Mencione:		Tiempo	
Todo estudiante que solicite a esta equivalencia deberá matricularse única y exclusivamente en los cursos que están detallados dentro de este programa.			
Certifico que toda Ia informacion suminislrada en esta solicitud es correcta, verídica y completa. Reconozco que cl fabricar y/o suministrar informacion incorrecta pucdc considcrarsc: justa causa para Ia dcncgaci6n de csta admisi6n o para ser suspcndido del Conscrvatorio de Música de Puerto Rico.			
Firma:		Fecha:	

El costo de esta solicitud no es reembolsable