

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

1.- Dependencia a Quien se dirige:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerente General del Grupo Galileo | <input type="checkbox"/> Coordinador Académico Academia Galileo |
| <input type="checkbox"/> Director del Grupo Galileo | <input type="checkbox"/> Coordinador Académico Academia Gonzalez Prada |
| <input type="checkbox"/> Director Académico del Grupo Galileo | <input type="checkbox"/> Coordinador Académico Academia Fleming |
| <input type="checkbox"/> Coordinador Académico Helicoide Ordinario | <input type="checkbox"/> Coordinador Académico Pelicoide P.O. |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Nº

--

2.- Datos del Solicitante:

Condición: Padre de Familia Apoderado Derecho Propio Personal de la Institución Otros

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
DNI / C.E. / Pasaporte:	Correo Electrónico	Teléfono	Dirección:		

3.- Datos del Estudiante:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Código	Correo Electrónico	Teléfono	Grado	Sección	

3.- Petición: (Marque con un aspa "X" el trámite a realizar)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Constancia de Estudios | <input type="checkbox"/> Beca Completa | <input type="checkbox"/> Cambio de Horario |
| <input type="checkbox"/> Constancia de Notas | <input type="checkbox"/> Media Beca | <input type="checkbox"/> Desarrollo de Seminarios |
| <input type="checkbox"/> Traslado de un Grupo a otro | <input type="checkbox"/> Internado | <input type="checkbox"/> Recuperación de Clases |
| <input type="checkbox"/> Traslado de un Turno a otro | <input type="checkbox"/> Transferencia para un próximo Ciclo | <input type="checkbox"/> Cambio de Profesor de curso |
| <input type="checkbox"/> Matrícula en Doble Turno | <input type="checkbox"/> Evaluación para acceder al Grupo Helicoideal | <input type="checkbox"/> Duplicado de Carné |
| <input type="checkbox"/> Matrícula en el Grupo Helicoideal | <input type="checkbox"/> Evaluación para obtener Beca o Descuento | <input type="checkbox"/> Compra de Libros |
| <input type="checkbox"/> Descuento en la mensualidad | <input type="checkbox"/> Permiso por salud | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

4.- Precise su petición:

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

5.- Señalar los documentos que se adjuntan:

<p>.....</p> <p>.....</p>

Huella Digital

Firma del Solicitante
D.N.I. _____

Cusco, ____ de ____ del 202 ____

(*)La información que consigne en la presente ficha tiene carácter de Declaración Jurada.

Condición: Padre de Familia Apoderado Derecho Propio Personal de la Institución Otros

Nº

Apellidos:	Nombre(s):
Asunto:	
Apellidos/Nombre(s) del estudiante:	

--