



ID

**SEÑOR VICERRECTOR ACADÉMICO  
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
S. V .**

Apellidos y nombres: .....

Programa de Estudio:.....

**NIVEL:** Posgrado

**SOLICITO A USTED:**

**RESERVA ORDINARIA** (dentro de los 30 días de iniciado el semestre)

Por (uno, dos, tres o cuatro) .....semestre(s) académico(s).

**Adjunto**

- Recibo original de pago por Derecho de Reserva de Matrícula.
- Recibo original de pago de la primera cuota.
- Ficha de Matrícula original.

**RESERVA EXTRAORDINARIA (por motivos de salud)** (Después de los 30 días de iniciadas las clases)

Por (uno o dos).....semestre(s) académico(s)

Teléfono:.....

Dirección donde se realizará la visita médica.....

Dirección de correo electrónico.....

**Adjunto:**

- Recibo original de pago por Derecho de Reserva de Matrícula.
- Recibo original de pago de la última cuota vencida a la fecha
- Ficha de Matrícula original
- Certificado Médico original
- Otro(s): \_\_\_\_\_

**Atentamente,**

....., ..... de.....del 20.....

.....  
**FIRMA DEL INTERESADO**



**RESERVA ORDINARIA.....**

Nombre y apellidos:.....

ID N°:.....

(Con este comprobante verificar su número de Resolución en Trámite Documentario)