



SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN/FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Fecha del pedido: _____

Propósito del pedido (por favor marque UNA opción):

Universidad Fecha de nacimiento Empleador Inmigración (Padre) Otro: _____

NOMBRE COMPLETO al graduarse/Asistencia: _____

Nombre actual (si es diferente al que está arriba): _____

Escuela a la que asistió: _____ Año que se graduó/Último año que asistió: _____

Fecha de nacimiento: _____ Contacto telefónico durante el día: _____

Solicitado por: el interesado Empleador Otro: _____

La transcripción: se enviará por correo ud. la recogerá

La persona listada puede recoger la transcripción: _____

La transcripción se puede enviar por correo a:	Direcciones adicionales/Información:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Envíe sus solicitudes a: jill.hamilton@wcsga.net

Si usted está solicitando una transcripción oficial y ésta será enviada por correo/por fax/correo electrónico en vez de recogerla personalmente, ud. DEBE proveer una copia clara y legible de su identificación (con foto) emitida por el gobierno/escuela con este formulario.

LAS SOLICITUDES SIN ESTA INFORMACIÓN NO PODRÁN SER PROCESADAS. Por favor, permita dos días hábiles para el procesamiento.



La firma autoriza el permiso para el acceso a los expedientes _____ Fecha _____
(Firme SOLAMENTE cuando RECOJA LOS DOCUMENTOS O los solicite VIA FAX/CORREO/CORREO ELECTRONICO)

Was ID Verified? Yes No Verified by: _____

FOR OFFICE USE ONLY	
DOCUMENT FILE LOCATION: _____	TIME REQUEST RECEIVED: _____
NOTES: _____ _____ _____	