



#51 C/ Dr. Veve Esq. Degetau Bayamón, PR 00960
Tel. (787) 779-2500 Fax. (787) 995-2525
#49 Ave. Gautier Benítez Caguas PR 00725
Tel. (787) 653-7666 Fax. (787) 653-7667

- (estudiante que comienza nuevo en el colegio)
 (estudiante que ha interrumpido sus estudios por un semestre académico o más)

SEGURO SOCIAL (Para uso oficial solamente) _____
SEMESTRE Enero Verano _____ Año Agosto
SESION Diurno Nocturno
PLAN Beca Pell Privado Otros _____
CAMPUS Bayamón Centro de Extensión Caguas
NUMERO DE ESTUDIANTE _____ RECIBO _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre e Inicial _____
DIRECCIÓN POSTAL Po Box - Urbanización - Barrio _____ Núm. _____ Calle _____
Pueblo _____ País y Zip Code _____ Teléfono _____ Teléfono _____ E-mail _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____ SEXO Femenino Masculino
CIUDADANÍA: Americana Residente de EU Núm. _____ Visa de Estudiante Núm. _____
¿CÓMO CONOCIÓ AL CCAT? : Cine Periódico Radio Pagina WEB Facebook College Day Referido Otro _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Escuela Superior GED Certificado de Equivalencia _____ Ciudad o Pueblo _____ Año y Mes de Graduación _____
¿ESTUDIÓ USTED EN OTRA INSTITUCIÓN POST-SECUNDARIA? Sí No
NOMBRE _____ PUEBLO _____ AÑO _____
1. _____
2. _____
3. _____

CURSO SOLICITADO

GRADOS ASOCIADOS: PRODUCCION DE TELEVISIÓN CINEMATOGRAFÍA INGENIERÍA DE SONIDO
DIPLOMA: TÉCNICO DE TELEVISIÓN TÉCNICO DE EDICIÓN DISEÑO GRÁFICO PARA MULTIMEDIA
 FOTOGRAFÍA DIGITAL INGENIERÍA DE SONIDO CINEMATOGRAFÍA DIGITAL OTRO _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Indique si ha sido acusado o convicto alguna vez por violación a las leyes estatales en Puerto Rico o por las leyes de otros países (excluyendo las leyes de tránsito)
 Sí No
En virtud de este formulario me comprometo a cumplir rigurosamente con todas y cada una de las normas y reglamentos del Colegio de Cinematografía, Artes y Televisión, según éstos hayan sido formulados en el presente y/o puedan ser revisados por el Colegio de Cinematografía, Artes y Televisión en el futuro, incluyendo todos y cada unos de los requisitos de admisión

ADVERTENCIA: Cualquier información que resulte ser incorrecta, inexacta y/o falsa, será razón suficiente para suspender de inmediato una admisión, de ésta haber sido concedida por el Colegio de Cinematografía, Artes y Televisión y aún las clases hayan comenzado. Certifico que la información suministrada en esta solicitud es correcta y por la presente autorizo al Colegio de Cinematografía, Artes y Televisión a realizar las gestiones pertinentes y necesarias para verificar mis datos. El Colegio de Cinematografía, Artes y Televisión se reserva el derecho de admitir o readmitir a los estudiantes en cada semestre académico.

Fecha: _____ / _____ / _____
Mes Día Año
Firma del Padre o Tutor (Solo menores de 18 años) _____
Firma del Solicitante _____
Firma de Admisiones _____