Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto Metropolitano
Decanato de Estudiantes
Residencias MET

SOLICITUD DE RESIDENCIAS ESTUDIANTE EXTERNO O INQUILINO

Término académico para el cual solicita: _____ ◯ Solicitud Nueva ◯ Renovación

Nombre: _____ Apellidos: _____ ◯ M ◯ F Edad: _____

Universidad de procedencia: _____ Fecha de nacimiento: _____ (dd/mm/aa)

Teléfono estudiante: _____ Correo electrónico: _____

Dirección Residencial: _____

_____

Dirección Postal: _____

_____

Información Académica:

Concentración: _____ Departamento: _____ Año que cursa: _____

Cuestionario:

¿Ha vivido anteriormente en las Residencias MET? ◯ Si ◯ No Apartamento: _____

¿Interesa espacio de estacionamiento? ◯ Si ◯ No (Requiere pago y completar proceso con Oficina de Seguridad en el Recinto)

MODELO: _____ MARCA: _____ TABLILLA: _____ NÚM SELLO: _____

Tipo de apartamento/habitación que solicita: ◯ 1 habitación ◯ 2 habitaciones ◯ 3 habitaciones / ◯ individual ◯ compartida ◯ máster

¿Interesa tener algún compañero(s) conocido (s) de apartamento/habitación? Especifique:

Nombre: _____ teléfono: _____ email:_____

Nombre: _____ teléfono: _____ email:_____

Nombre: _____ teléfono: _____ email:_____

(Estos estudiantes deberán realizar su proceso de admisión independiente. La solicitud de compartir habitación con un estudiante en específico estará sujeta a la disponibilidad de habitaciones.)

Información en Caso de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

<u>Para Uso Oficial</u>

Solicitud/Renovación: ◯ Aprobada ◯ Rechazada

Ubicación: Apartamento: _____ Habitación: ◯ A ◯ B ◯ C ◯ Cm

Firma del Administrador (a): _____ Fecha: _____

PO Box 191293 • San Juan, PR 00919-1293 • Tel. (787) 250-1912 ext. 2768/2769
residencias@metro.inter.edu

Inter American University of Puerto Rico
Metropolitan Campus
Dean of Students
MET Residence

RESIDENCE MET APPLICATION FOR EXTERNAL STUDENT OR TENANT

Academic Term for which you apply: _____ ◯ New Application ◯ Renewal

Name: _____ Last Names: _____ ◯ M ◯ F Age: _____

Student number: _____ - _____ - _____ Date of birth: _____ (dd/mm/aa)

Student Telephone number: _____ email: _____

Residencial Address: _____

_____

Postal Address: _____

_____

Academic Information:

Concentration: _____ Department: _____ Year in college: _____

Questionnaire:

¿Have you previously lived in the MET Residences? ◯ Yes ◯ No Apartment: _____

¿Interested in a parking space? ◯ Yes ◯ No (Requires payment and completing the process with the Campus Security Office)

MODEL: _____ CAR BRAND: _____ PLATE: _____ STAMP #: _____

Type of apartment/room you are requesting: ◯ 1 room ◯ 2 rooms ◯ 3 rooms / ◯ individual ◯ shared ◯ master

¿Interested in having some known apartment/roommate(s)? Specify:

Name: _____ telephone number: _____ email: _____

Name: _____ telephone number: _____ email: _____

Name: _____ telephone number: _____ email: _____

(These students must carry out their independent admission process. The request to share a room with a specific student will be subject to room availability.)

Emergency Contact:

Name: _____ Relation: _____

Phone number: _____ Address: _____

Student signature: _____ Date: _____

Official Use Only

Application/Renewal: ◯ Approved ◯ Not Approved

Location: Apartment: _____ Room: ◯ A ◯ B ◯ C ◯ Cm

Administrator Signature: _____ Date: _____

PO Box 191293 • San Juan, PR 00919-1293 • Tel. (787) 250-1912 ext. 2768/2769
residencias@metro.inter.edu