

### SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	No. de identificación
Teléfono(s)	Correo electrónico	Sede en la que realiza el trámite	
Carrera		Nivel	
Sede o Centro donde realizó estudios		Año de graduación	
<b>SOLICITO LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN:</b>			
<input type="checkbox"/> MATERIAS APROBADAS			
<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE DEL PRESENTE CICLO LECTIVO		<input type="checkbox"/> TÍTULO OBTENIDO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO		<input type="checkbox"/> CUADRO COMPARATIVO DE CURSOS	
<input type="checkbox"/> TCU TRABAJO COMUNAL UNIVERSITARIO		<input type="checkbox"/> MATERIAS CURSADAS	
<b>En caso de requerir la certificación para incorporación, favor indicar el Nombre del Colegio Profesional:</b> _____			
Firma del estudiante	Fecha de recibido	Firma y sello de Registro	Fecha de entrega



### BOLETA DE AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE CERTIFICACIONES

Este documento es de carácter confidencial y el trámite es personal. La certificación se entrega a otras personas solo si se completa esta boleta y se aportan los documentos requeridos.

**AUTORIZO A:** \_\_\_\_\_

**No. DE CÉDULA:** \_\_\_\_\_

### PARA QUE RETIRE MI CERTIFICACIÓN

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**Debe adjuntar copia del documento de identificación de la persona autorizada.**