



CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Certifica que el/la estudiante _____ está matriculado(a)
Nombre del Estudiante

en _____ localizada
Colegio y/o Universidad

en _____, Puerto Rico. El/la estudiante está matriculado(a)
Municipio

en el _____
Facultad o Título del Programa Académico Matriculado

(Favor marcar lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Curso Técnico | <input type="checkbox"/> Semestral |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado | <input type="checkbox"/> Cuatrimestral |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Trimestral |
| | <input type="checkbox"/> Bimestral |

con un total de _____ créditos matriculados, lo que representa una carga académica a:
 tiempo completo tiempo parcial.

Posee un total de _____ créditos aprobados con un promedio general de _____.

El/la estudiante:

- es candidato a graduación no es candidato a graduación

Certifico correcto: hoy, ____ de _____ de 20____.

Nombre, firma y puesto de quien completa el documento

Número de contacto: _____

SELLO DE LA
INSTITUCIÓN
EDUCATIVA O
UNIVERSIDAD