



Fecha: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Certificación de Cursos

Nombre:			
Reg. Académico:	DPI No.:		
Carrera:			
Celular:	E-Mail:		
No. De boleta de pago			

Último semestre Aprobado	Año	Jornada

Firma del solicitante:

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**NOTA:** El presente formulario deberá presentarlo junto a la boleta de pago estudiantes con cursos aprobados de 1o a 6o semestre cancelan Q.2.00 y estudiantes con cursos aprobados de 7o semestre en adelante cancelan Q.4.00 dos pagos de Q.2.00 c/u

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CURSOS APROBADOS.**