

PROGRAMA DE INTERCAMBIO VIRTUAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CURSO ACADÉMICO _____ A _____ 20 _____

UNIVERSIDAD RECEPTORA: _____

FACULTAD, ESCUELA O CENTRO DE INVESTIGACIÓN: _____

CERTIFICA QUE:

EL/LA QUE ESTUDIANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

DE LA _____ HA SIDO ESTUDIANTE DE INTERCAMBIO

DURANTE EL CURSO ACADÉMICO DE _____ A _____ DE 20 _____

EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS, EN LA (ESCUELA/ FACULTAD/ CENTRO) _____

DESDE EL _____ DE _____ DE _____, HASTA EL _____ DE _____ DE _____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

FIRMA _____

NOMBRE _____

CARGO _____

FECHA _____

SELLO _____

ORIGINAL: Universidad de Origen
C. c. p. CGRI-Coord. Intercambio Académico
C. c. p. ARCHIVO