



FO-126-02-05

CDA-IA8/VISITANTES

PROGRAMA DE INTERCAMBIO ACADÉMICO
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
UNIVERSIDAD DE ORIGEN

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 _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

FIRMA

NOMBRE

FECHA

CARGO

SELLO