CDA-IA8/VISITANTES

FO-126-02-05

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 **CARGO**

_____ _____
FECHA **SELLO**

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