



Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional

## Certificación de Visita a la Escuela

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

Número de Control \_\_\_\_\_

Título del puesto que ocupa \_\_\_\_\_

Decanato o Facultad \_\_\_\_\_

Departamento, Oficina \_\_\_\_\_

O División \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de \_\_\_\_\_

la institución educativa \_\_\_\_\_

a visitar \_\_\_\_\_

La visita es:

A solicitud de institución

A iniciativa propia

Propósito de la visita \_\_\_\_\_

Visita a la Escuela

Maternal

Primaria

Secundaria

Educación Especial

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de la visita \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director o profesor del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Certifico que el tiempo fue para el propósito antes indicado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Sello de la Escuela

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/I