



Universidad de Puerto Rico

Unidad Institucional

Certificación de Visita a la Escuela

Nombre del Empleado _____

Seguro Social _____

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