



SOLICITUD DE CERTIFICACION DE GRADUACION

Nombre: _____ Est. Activo _____ Inactivo _____
 Núm. de Estudiante _____ Facultad _____
 Núm. de Seg. Social (**OPCIONAL**) _____ Especialidad _____
 IDIOMA () ESPAÑOL () INGLES CANTIDAD SOLICITADA: _____

() Envíe a la siguiente dirección:

() Recoger en Ventanilla

_____ A. Certificación de Graduación

Grado _____ Facultad _____ Especialidad _____
 Fecha de Graduación: Año _____ () Mayo () Diciembre () Verano
 Sin Indice _____ Con Indice _____ (**Sólo para estudiantes recomendados por la Facultad**)

_____ B. Fecha Probable de Graduación _____

Fecha ____/____/____
 día / mes / año Firma _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO. Para uso oficial Oficina de Registraduría

Fecha Probable _____	Indice Grad. _____
Recomendado _____	Indice Esp. _____
De ser Recomendado _____	Ranking Grad. _____
Obtuvo el Grado _____	Ranking Esp. _____
Grado _____ Concentración _____	Fecha Procesado ____/____/____
Fecha _____	día / mes / año
Firma _____	
Cotejado por: _____	

Rec. Núm. _____ Cantidad \$ _____ Fecha solicitado ____/____/____ Iniciales _____
 Costo por certificación \$5.00 día / mes / año

