



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Seguro Social: XXX-XX-_____ Núm. Est.: _____

Teléfono: _____ Copias solicitadas: _____

Correo Electronico: _____ Idioma: *Español* _____ *Inglés* _____

SOLICITO SE CERTIFIQUE LO SIGUIENTE:

____ 1. Que soy estudiante **ACTIVO** de UPR-Aguadilla.

____ 2. Que **FUI** estudiante de UPR-Aguadilla durante: _____

Para propósitos de:

____ Trabajo

____ Planilla

____ Préstamo

____ Desempleo

____ 3. Que **SOLICITÉ** Graduación.

____ 4. Que **COMPLETÉ** requisitos de Graduación.

____ 5. Otros: _____

Enviar por correo postal a:

Nombre

Apellidos

Dirección Postal

Pueblo

País

Zip Code

Firma del solicitante

PARA USO DEL/A RECAUDADOR/A

Fecha de pago: _____ Núm. recibo: _____ Firma del/a Recaudador/a: _____

PO BOX 6150, Aguadilla, PR 00604-6150

Tel: (787) 890-2681, ext. 2242/6244

Fax: (787) 890-0655

E-Mail: registro.aguadilla@upr.edu

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

Paso 1:

Paso 2: