



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

C. c. p. ARCHIVO