

CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Para ser completado por la Institución donde cursó sus estudios. La misma debe estar debidamente reconocida por el Departamento de Educación. **Este documento debe ser completado en computadora.**

Certificamos que _____ ha completado satisfactoriamente el curso de Técnico de Refrigeración y Aire Acondicionado, con un total de _____ horas aprobadas y que se le ha expedido el correspondiente certificado con fecha _____.

Fecha de comienzo _____ **Fecha de Graduación** _____

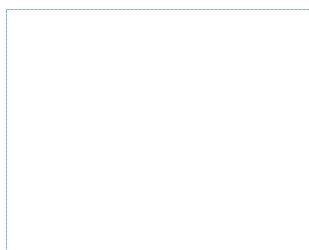
Favor indicar el nombre del profesor que impartió el programa (**De haber tenido más de un profesor coloque el nombre del último profesor que terminó el programa**), debidamente autorizado y colegiado incluyendo su número de licencia de Técnico.

Nombre del profesor: _____

Número de Licencia: _____

Nombre y dirección de la Institución:

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN



Nombre del Director

Firma del Director

Fecha

Al colocar el sello de la Institución se certifica que toda la información es correcta. En caso de haber completado las horas en dos programas de estudio se validará con la Transcripción de Créditos de ambos programas.

***Subirlo a su cuenta de PCS una vez sea firmado.**