

**CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS**

Para ser completado por la Institución donde cursó sus estudios. Si la misma está 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 graduación del curso de Refrigeración** \_\_\_\_\_.

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

Nombre del profesor: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la Institución

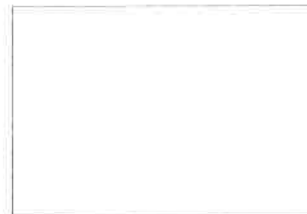
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SELLO OFICIAL INSTITUCIÓN

Nombre del Director \_\_\_\_\_

Firma del Director \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Al colocar el sello de la Institución se certifica que toda la información es correcta.

**\*Subirlo a su cuenta de DIDAXIS una vez sea firmado.\***