

Universidad de Puerto Rico

CERTIFICACIÓN DE VISITA A LA ESCUELA

Nombre del Empleado	
Seguro Social	
Título del Puesto que Ocupa	
Decanato o Facultad	
Departamento/Oficina	
Nombre de la Institución a visitar	
Dirección	
La visita es	
Propósito de la visita	
Visita a la Escuela	

Nombre del estudiante
Fecha de la visita
Hora

Director(a) o Profesor(a) del Estudiante

Fecha

Teléfono

Certifico que el tiempo fue para el propósito antes indicado.

Firma del Empleado

Fecha

Sello de la Escuela

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