



OFICINA DE REGISTRADURÍA

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO

P.O. Box 4010

Arecibo, Puerto Rico 00614-4010



Tel.(787) 815-0000
Fax (787) 815-1060

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha: _____ de _____ de _____

Sra. Widilia Rodríguez
Registradora

Agradeceré certifique lo siguiente: (Favor escribir en el espacio disponible lo que desea certificar)

PROPÓSITO:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Plan Médico | <input type="checkbox"/> Plan Ocho |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Nutricional | <input type="checkbox"/> Becas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Veteranos |
| | CHAMBA |
| <input type="checkbox"/> Hacienda: _____ | LEY 203 |
| (año contributivo) | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

(Favor de usar letra de molde)

Apellidos (paterno- materno)

Nombre

Núm. de Estudiante

Departamento Académico _____

(_____) _____

Teléfono

Correo Electrónico _____

Envíese a la siguiente dirección:

_____ Español
_____ Inglés
_____ Núm. de copias

Firma del Recaudador

Num. de Recibo

Firma del estudiante