



UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"
COORDINACIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO



SOLICITUD DE CONSTANCIAS Y PROGRAMAS

FECHA: ___/___/___		
APELLIDOS Y NOMBRES: _____		
TELEFONO DE CONTACTO: _____	EMAIL: _____	
CEDULA DE IDENTIDAD: _____	INICIO: ___/___/___	EGRESO: ___/___/___
ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> _____		
Año: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercer <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Prórroga <input type="checkbox"/>		
CONSTANCIA DE:		
Estudios <input type="checkbox"/>	Notas <input type="checkbox"/>	Buena Conducta <input type="checkbox"/>
Inglés <input type="checkbox"/>	Inscripción <input type="checkbox"/>	Aprob. De Proyecto <input type="checkbox"/>
Culminación <input type="checkbox"/>	Matricula <input type="checkbox"/>	Aprob. Trabajo De Grado <input type="checkbox"/>
Selección <input type="checkbox"/>	Aceptación <input type="checkbox"/>	Lugar Ocupado En Concurso <input type="checkbox"/>
Programa <input type="checkbox"/>	Pensum <input type="checkbox"/>	Modalidad <input type="checkbox"/>
Otras: _____		