

UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO

Recinto de Arecibo – Oficina de Registraduría

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE GRADO

Fecha: _____

Nombre: _____

Número de estudiante: _____ Núm. Teléfono: (____) _____

Idioma que desea la certificación (puede solicitarla en español o inglés):

Español
 Inglés

Certificación de Grado

Certificado
 Asociado
 Bachillerato
 Maestría

Término de Graduación (fecha que completó grado): _____

Concentración que completó: _____

Concentración Menor: _____ (Complete si aplica).

Dirección a enviarle su certificación:

Nota: La cuota de \$100.00 incluye la Certificación de Grado original.

Cada copia adicional tiene un costo de \$2.00 y debe completar el documento de pago y enviarlo.