UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

 (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA 1)

(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA 2/ÁREA)

**CERTIFICAN QUE:**

*(colocar nombre de la persona)...........*, DNI N°*:......................* se ha desempeñado como/ha asistido a/ha aprobado el *(describir la actividad que se certifica indicando fecha, hora, carga horaria y toda otra información relevante)..............................................*

 A petición de la persona interesada, se extiende esta certificación en Córdoba, a los………… *(colocar fecha en letra).*

 ……………..………… ………………………

 Firma y aclaración Firma y aclaración

de la autoridad de la Dependencia 2/Área de la autoridad de la Dependencia 1