UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)

**CERTIFICA 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 *(fecha en letra de forma completa).......................................................*

 ………………………………..

 Firma y aclaración

 de la autoridad de la Dependencia