

REGISTRAR'S OFFICE

Tel: (787) 840-2575 Ext. 5725, 572828, 5732

CERTIFICATION REQUEST (Solicitud de Certificación)	
Last Name: (Apellido)	First Name: (Nombre)
Student Number: * (Número de estudiante)	
Mail certification to: (Dirección a donde será enviada)	Pick Up: (Recoger Personalmente) <input type="checkbox"/>
Program and Class: (Programa y Clase)	
Certification Requested: (Tipo de certificación) <ul style="list-style-type: none"> ___ Full Time (Estudiante Regular) ___ Graduation (Graduación) ___ Internship (Internado) ___ Grade (Notas) ___ Others* (Otros) <p>*Specify (Especifique) _____</p>	
Date requested: (Fecha en que solicita)	Number of copies requested: (Número de Copias)
Telephone Number & E-mail: (Número de Teléfono y Correo Electrónico)	
Paid: () Yes () No If yes, transaction number: (Pagó y número de transacción)	
Comments:	

