

CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Para ser llenada por la Institución donde cursó sus estudios. Si la misma está debidamente reconocida por el Departamento de Educación.

Certificamos que \_\_\_\_\_ ha completado satisfactoriamente el curso de Técnico de Refrigeración y Aire Acondicionado, con un total de \_\_\_\_\_ horas aprobadas y que se le ha expedido el Correspondiente certificado con fecha \_\_\_\_\_. Favor de indicar nombre del profesor debidamente autorizado y colegiado incluyendo su número de licencia de Técnico.

Nombre y dirección de la Institución

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesor que impartió el curso al estudiante (Letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

SELLO OFICIAL INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_  
Nombre del Director (letra Molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Director

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Subirlo a su cuenta de DIDAXIS una vez sea firmado**