MISION CONSULAR: _____ _____
Ciudad ***País***

MODELO PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NOTAS, TITULOS O PROGRAMAS DE ESTUDIO (PLAN TEMATICO), DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA.

Nombres y Apellidos: _____

Documento que se solicita: _____

Fecha completa de graduación: _____ / _____ / _____
día mes año
Curso académico de graduado: _____

Centro docente donde se cursaron los estudios: _____

Si es baja, especificar: ____ / ____ / ____
día mes año
Cuso académico y Facultada al causar baja: _____

Especialidad cursada: _____

Técnica: _____ Universitaria: _____ Postgrado:_____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Tomo_____ Folio_____ del Registro de graduados.

Legalización en MINREX_____ **Legalización en Embajada de**_____

Fecha de la solicitud:_____

Nota: Aportar fotocopia del título de la persona, de no ser así se retira la solicitud.