Córdoba, a los ....... días del mes de …….... del año 2025

A quien corresponda

S / D

Certifico que (coloque su nombre aquí) DNI: (coloque su DNI aquí) es alumno/a regular en la Carrera de Especialidad/Maestría en (coloque el nombre de su carrera aquí) que se dicta en la Facultad Regional Córdoba, Universidad Tecnológica Nacional. Los días de cursados son ........... y ........... de ...... a ...... hs.

 Se extiende el presente, en la ciudad de Córdoba a los ……. días del mes de ............. de 2025.

Enviar al celular de la Secretaria de Posgrado 351-3023798