

Dirección Municipal de Educación

Santiago de Cuba

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS TERMINADOS

Fecha se solicitud: _____

Nombre(s): _____

Apellidos: _____

No. Identidad: _____

No. Matrícula: _____

Curso de graduación: _____

Tipo y nombre del centro docente: _____

Municipio en que radica el centro: _____

Provincia en que radica el centro: _____

Tomos: _____

Folio: _____

Título otorgado: ___ 6to ___ 9no ___ Bachiller ___ Obrero calificado ___ Técnico medio

Firma del solicitante