UNIVERSIDAD AUTÓNOMA "GABRIEL RENÉ MORENO"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NO DEUDOR

Código de Control y Seguimiento: ☐

DATOS DEL POSTGRADUANTE

Fecha de solicitud (día/mes/año):	_____ / _____ / _____
Nombre completo del solicitante:	
C.I. N°	
Teléfono / Celular de contacto:	
Correo electrónico:	
Certificado corresponde a:	**Postgrado** ☐ **Residencia** ☐
Progama o especialidad	
Motivo de la solicitud:	**Defensa** ☐ **Titulación** ☐ **Otro:** ☐
Observaciones adicionales (opcional):	

CONTROL ADMINISTRATIVO – USO INTERNO En caso de rechazo

Área / Encargado	Motivo de rechazo	Firma y Sello	Fecha
Coordinación Adm. y Financiera			___ / ___ / _____
Coordinación Académica			___ / ___ / _____

DECLARACIÓN DEL POSTGRADUANTE

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son verídicos y autorizo su verificación por parte de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la UAGRM.

Firma del Postgraduante: _____ **Lugar y Fecha:** _____

Observaciones finales (uso de oficina):

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO

1. Complete todos los campos en letra legible.
2. Presente este formulario junto con su C.I. y comprobante de pago si corresponde.
3. Realizar depósito ó transeferncia bancaria de Bs.20.- a la cuenta de la Facultad de Ciencias de la Salud N° 12232895 del Banco Unión.
4. Enviar comprobante de pago vía Whassapp al Lic. Julio César Estremadoiro Cel. 72678810
4. El documento será revisado por las áreas académica y administrativa antes de la emisión del certificado.

Dirección: Unidad de Postgrado – Facultad de Ciencias de la Salud Humana – UAGRM Calle Bolivar N° 228 entre Calles Murillo y Aroma

Teléfono: **3377699** Correo institucional: info@upfcsh-uagrm.edu.bo

Web: https://upfcsh-uagrm.edu.bo/