**Guayaquil, día / mes / año**

**Señores**

**Secretaría General**

**Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil**

**Presente**

De mi consideración:

**Apellidos y Nombres completos,** de la Facultad de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de la Carrera **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, solicito me conceda una **COPIA CERTIFICADA DE MI TÍTULO PROFESIONAL / MAGISTER** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Atentamente,

FIRMA: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cédula No:

Correo Electrónico / Institucional:

Telf: