**Guayaquil, día / mes / año**

**Señores**

**Secretaría General**

**Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil**

**Presente**

De mi consideración:

Apellidos y Nombres completos, graduado/a en la Maestría de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cohorte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solicito me conceda **CERTIFICACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍA** mencionada.

Atentamente,

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

Cédula No:

Correo Electrónico/Institucional:

Telf: