

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Sistema de Retiro para Maestros
DIVISIÓN SERVICIOS AL PENSIONADO
Sección de Nómina de Pensionados

CERTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Esta certificación debe ser completada en su totalidad por la Escuela, Colegio o Universidad donde el estudiante esté matriculado. No puede tener borrones, correcciones o tachaduras.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Año Académico: _____ Teléfono Residencial: _____

Nombre de la Escuela, Colegio o Universidad:

Dirección Postal de la Escuela, Colegio o Universidad:

Teléfono de la Escuela, Colegio o Universidad: _____

Grado o Facultad en que está matriculado: _____

Fecha en que concluye el período académico: _____
Día Mes Año

Tipo de programa en el que está matriculado:

Regular Especial Otros _____

CERTIFICO que la información antes indicada es correcta de acuerdo con los registros del estudiante y la información suministrada por sus Profesores.

Fecha

Firma del Director o su Representante

Nombre en letra de molde