CERTIFICACIÓN DEL DECANO / REGISTRADOR

A LA JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA DE PUERTO RICO:

Yo _____ en mi carácter de

_____ de la Escuela de Medicina _____
(Nombre de la Escuela)

De la Universidad de _____
Nombre y dirección

CERTIFICO: Que _____
Nombre del estudiante

Se matriculó como estudiante de la Escuela de Medicina el día _____ de _____ de _____ y cursó todas las materias del currículo, pensum o plan de estudio de medicina (Ciencias Básicas y Ciencias Clínicas) aplicable y oficial.

Certifico, además, que el estudiante antes mencionado se graduó de esta Escuela el día _____ de _____ de _____ recibiendo el grado de _____

Certifico por último que la fotografía que aparece en esta certificación es del estudiante antes mencionado. Y para Que así conste, firmo y sello la presente en _____ a _____ de _____ de _____

Foto 2x2
Reciente

_____
Firma

Nota: Esta certificación deberá ser enviada directamente por la Universidad a:
Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
PO Box 13969 San Juan, P.R. 00908

AFFIDAVIT

AFFIDAVIT Núm. _____

_____ vecino de _____
(Nombre del funcionario)

Mayor de edad y a quien conozco personalmente, debidamente juramentado, jura ante mí que es el

_____ de _____
(Decano Registrador) (Nombre de la Institución)

Y que la certificación que antecede es cierta a su mejor entender y creencia.

_____ _____
Fecha Firma Notario