Ciudad, Día / Mes / Año

Dr.(a)/Mtro.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordinador(a) del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad Veracruzana
Presente:

Por medio del presente, el (la) que suscribe C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito el envío de mi certificado EXAVER \_\_ a la Coordinación del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con atención al/la Dr.(a)/Mtro.(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordinador(a) de dicho Centro.

Asimismo, adjunto al correo electrónico mi identificación oficial (INE/IFE o pasaporte).

Sin más que agregar, quedo de Usted.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma (en tinta azul)