



**SOLICITUD DE EXPEDICION DE  
CERTIFICACIONES DEL  
PROFESORADO DE LA FACULTAD DE  
VETERINARIA**

**DATOS DEL PROFESOR**

Primer Apellido

Segundo Apellido

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Nombre

D.N.I./Pasaporte

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Departamento

Correo electrónico

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**TIPO DE CERTIFICACION/ES SOLICITADA/S**

Fecha de solicitud

EL/LA PROFESOR/A (Firma)

**SR/A. DECANO/A DE LA FACULTAD DE VETERINARIA DE LA UNIVERSIDAD DE  
CÓRDOBA**