**Guayaquil, día / mes / año**

**Señores**

**Secretaría General**

**Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil**

**Presente**

De mi consideración:

Apellidos y Nombres completos, graduado/a de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito me conceda la **CERTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE REFRENDACIÓN Y FOLIO DEL TÍTULO PROFESIONAL** de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atentamente,

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

Cédula No:

Correo Electrónico/Institucional:

Telf: