



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Nombre Apellidos
Profesor Titular
Departamento
Facultad o escuela

D./Dña. Nombre Apellidos, Profesor Titular, Departamento

CERTIFICA

Que, según los antecedentes que obran en [nombre del órgano], [NOMBRE Y APELLIDOS DEL INTERESADO/A], con DNI/Pasaporte [número con letra], Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Maecenas porttitor congue massa. Fusce posuere, magna sed pulvinar ultricies, purus lectus malesuada libero, sit amet commodo magna eros quis urna. Nunc viverra imperdiet enim. Fusce est. Vivamus a tellus.

Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Proin pharetra nonummy pede. Mauris et orci.

Y para que conste y surta efectos donde convenga, expido el presente certificado, a petición del/de la interesada.

Granada, 10 de julio de 2024

Alvaro González

Nombre Apellidos

