Programa SICUE

Impreso F. Certificado de estancia

Curso académico 20\_\_ / \_\_

La Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICA:**

Que el señor / La señora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la Universidad de las Illes Balears, ha realizado un período de intercambio académico en esta Universidad, en el marco del programa SICUE.

La duración de esta estancia es entre el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_,a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

Nombre:

Puesto:

Firma: