**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE ASESORAMIENTO   
ACADÉMICO Y ORIENTACIÓN**

**SUB-UNIDAD DE ASESORAMIENTO ACADÉMICO**

**CONSTANCIA DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES DE ASESORÍAS**

El Profesor Consejero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Cátedra de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por medio de la presente hace constar que el

Bachiller \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador de la Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, incurso en las ***“NORMAS SOBRE RENDIMIENTO MÍNIMO Y CONDICIONES DE PERMANENCIA” ART ( )*** asistió a las entrevistas de Asesoramiento Académico que le fueron asignadas.

Período Académico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesor Consejero

Sello de la Cátedra