**XX de XXXXX del 20XX**

A petición de la parte interesada, la Dirección de Salud y Bienestar Estudiantil:

**CERTIFICA**

Que, *completar nombres y apellidos*, portador/a de la cédula *completar*, en calidad de estudiante de la Universidad de Investigación de Tecnología Experimental Yachay, de la carrera *completar*, *completar la información que corresponda de acuerdo a la solicitud recibida*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Unidad de XXXXXXX** |  | **Director de Salud y Bienestar Estudiantil** |