DEPARTAMENTO
DE ADMINISTRACIÓN DE LA ENSEÑANZA
OFICINA DE REVÁLIDAS E INTERCAMBIOS

Solicitud de acreditación de idiomas.

Montevideo, ……...de 20…....

Nombre y apellido: ……..

C. I.: ……..Teléfono: ……

Correo electrónico: ……..

Certificado que presenta/ Institución	Carrera para la cual solicita la acreditación	Año en cual solicita la acreditación (si corresponde)