



# *Universidad Nacional Autónoma de Honduras*

**Dirección del Sistema de Estudios de Postgrado**

\*\*\*\*\*

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

## **CONSTANCIA VERIFICACIÓN DE NOMBRES Y APELLIDOS**

Yo, \_\_\_\_\_ por medio de la presente **HAGO CONSTAR: Que mi(s) nombre(s) son:**

**, mis apellidos son: \_\_\_\_\_ y Solicito**

**la extensión de Título de: MÁSTER EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO.**

**Firmo la presente en la Ciudad Universitaria, “José Trinidad Reyes” a los XX días del mes de xxxx del año XXXX.**

**Firma: \_\_\_\_\_**

**Celular: (504) XXXX-XXXX**