****

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DOCENTE CON FIN ELECTORAL**

**DEPARTAMENTOS ACADÉMICOS**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor (a)

Director del Departamento Académico

E. S. D.

Señor Director (a) de Departamento:

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cédula de identidad personal N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito se expida a mi favor, certificación que contenga la información siguiente:

1. Que cuento con una publicación académica, acorde a mi especialidad, registrada en el Departamento académico.
2. Que la publicación académica no excede de 5 años previos a la elección.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Extensión Universitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo institucional del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de realizar el proceso vía digital sírvase enviar esta solicitud al correo

Departamento Ciencias de la vida biseth.arauz@udelas.ac.pa

Departamento de Ciencias exactas svetlana.detristan@udelas.ac.pa

Departamento Ingeniería y Tecnología de la Salud asdrual.rojas.3@udelas.ac.pa

Departamento de Salud Pública lurys.martinez@udelas.ac.pa

Departamento Ciencias Médicas    joel.mendez@udelas.ac.pa

Departamento Ciencias Clínicas     carlos.gonzalez@udelas.ac.pa

Departamento Ciencias Enfermería  sherly.gonzalez.0@udelas.ac.pa

Departamento de Lenguas dinora.delgado@udelas.ac.pa

Departamento de Desarrollo Social esther.hinestroza@udelas.ac.pa

Departamento de Ciencias Sociales elizabeth.perez.1@udelas.ac.pa

Departamento de Psicología marian.mudarra@udelas.ac.pa

Departamento de Pedagogía janet.aguilar@udelas.ac.pa

Departamento de Educación Especial hilma.ramos.9@udelas.ac.pa