**Anejo 6**

**CERTIFICACIÓN DEL CENTRO EXPERIENCIAS CLÍNICAS EDUCATIVAS**

**Información general del centro**

**ORE: Municipio:**

**Centro: Código:**

**Nivel: Grados:**

**Nombre del director del centro o personal de la ORE:**

**Correo electrónico: Teléfono:**

**Certificación**

Yo, , certifico que el centro cumple o cumple parcialmente con todos los criterios establecidos por el Programa de Experiencias Clínicas Educativas (PECE) del Departamento de Educación de Puerto Rico (DEPR) para ser un Centro de Experiencias Clínicas Educativas.

*SELLO DEL PROGRAMA*

Firma del director del PECE o representante autorizado

Puesto

Fecha