



CENTRO DE CAPACITACION Y PROGRAMACIÓN



“Crio. B.V. Juan Carlos Mulinetti”

FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSOS ESPECIALES

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Tipo y N° Documento _____

Dirección: _____ Localidad _____

Código Postal: _____ Teléfono Particular: _____.

Provincia: _____ Nacionalidad: _____

E-mail: _____ @ _____

Nivel educativo:	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO	UNIVERSITARIO
	COMPLETO	EN CURSO	INCOMPLETO	

TÍTULO/S _____

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE _____

E-MAIL INSTITUCIONAL _____ @ _____

TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN _____.

COMPAÑÍA DE SEGURO _____ N° PÓLIZA _____

AUTORIZACIÓN

Se autoriza al B.V. _____ a realizar _____ a dictarse por el C.C.P., avalando los datos arriba declarados.

ALUMNO
Firma

JEFE DE CUERPO ACTIVO
Firma y sello

PRESIDENTE
Firma y Sello