

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dirección General de Cultura y Educación  
Dirección de Formación Profesional

# FICHA DE CURSO

## CURSO N°

ESPECIALIDAD: .....  
FECHA DE INICIACIÓN: ..... FECHA DE TERMINACIÓN: ..... DURACIÓN: ..... hS  
LUGAR QUE SE DICTA: .....

Tipo

Fo Cap Art

h o r a r i o	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	Matricula	
	a	a	a	a	a	Cant.Mascul.	
Instructor:						Cant.Femen.	

orden	Documento de identidad		Apellido/s y Nombres	Sexo	Fecha de Nacimiento			Lugar Nacimiento	Nacionalidad	Domicilio	Localidad y C.P.	Teléfono	Plan Jefes
	Tipo	Número			M/F	día	mes						
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													

Nota: A quince días de comenzado el curso, este formulario deberá remitirse a la inspección de F.P. por TRIPLICADO.

Visto secretaría

...../...../.....

Recibió:

