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

horario	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
	a	a	a	a	a

Instructor:

Matricula

Cant.Mascul.

Cant.Femen.

orden	Documento de identidad		Apellido/s y Nombres	Sexo	Fecha de Nacimien.			Lugar Nacimiento	Nacionalidad	Domicilio	Localidad y C.P.	Teléfono	Plan Jefes
	Tipo	Número		M/F	día	mes	año						
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: