



***CENTRO DE CAPACITACION Y***

***PROGRAMACIÓN***

***“Crio. B.V. Juan Carlos Mulinetti”***

FORMULARIO INSCRIPCION 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 INSTITTUCION .

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** | **JEFE DE CUERPO ACTIVO** | **PRESIDENTE** |
| Firma | Firma y sello | Firma y Sello |