

TOMA DE POSESIÓN

BUENOS AIRES PROVINCIA

BA

REGION DISTRITO CFP N° CURSO N°

Datos del instructor a designar:

Apellido y Nombres

Fecha de Nacimiento Doc. De Identidad LE. LC. DNI N°

Domicilio Localidad

Te. Fijo: Celular Correo-e

Sit. de revista para ingreso/continuidad en este Servicio: Titular Provisional Suplente

Tipo de ingreso:

Continuidad Acto Público Prueba de Idoneidad Por Disposición

Certificado Instructor (Remarcar lo que corresponda) **SI NO** Año de cursado

Otros títulos y/o Certificados Habilitantes

Número de Registro en Provincia:

Cargo para el que se designa

Hs cátedra que se designa

FECHA DESIGNACIÓN	
FECHA TOMA POSESIÓN	

Especialidad

Fecha de Inicio Fecha de Finalización Durac. hs.cat (*)

Deberá consignarse un formulario **Toma Posesión** por cada modulo y/o curso con las fechas de inicio y finalización que correspondan a c/u

HORARIO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Lugar en que se dicta el CURSO

Domicilio

Localidad

.....
Firma del Instructor

.....
Firma y Sello Director

Sello Escuela

.....
Inspector

(*) Consignar solamente las horas del curso o modulo