



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:

Provincia:Nacionalida:

Estado Civil:

Nivel educativo: PRIMARIO SECUNDARIO TERCARIO UNIVERSITARIO

Completo En curso Incompleto

(marcar lo que corresponda)

TÍTULO/S:.....

Institución a la cual pertenece:

Correo electrónico:.....

Teléfono Particular:

AUTORIZACIÓN

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

ALUMNO
Firma

JEFE CUERPO ACTIVO
Firma y sello

PRESIDENTE
Firma y sello