



PEDIDO DE REVÁLIDA DE CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y/O CAPACITACIÓN LABORAL

										Reválida para el año:		20	
Nombre de la Institución Solicitante													
Domicilio			C.P.:			Localidad:							
Teléfono Oficial:				FAX:				Celular:					
Email Oficial:						Email Alternativo:							
Apellido y Nombre del Responsable de la Institución:													
Denominación del Curso:										Total Hs			
Nº de Disposición que originó la Acreditación en el año			20 Nº:		Último Nº de Disp. que utilizan				Nº: /				
Nº de Mat. Inicial año lectivo		20		Cant. de Alumnos		Nº de Mat. Final año		20		Cant. de Alumnos			
Nº de Mat. Estimativa año lectivo			20		Cantidad de Alumnos:								
Responsable de la Capacitación:													
Fundamentación del Pedido de Continuidad:													
Doc. tipo:		Nº:		Teléfono Fijo:				Celular:					
Dirección:			Nº:		Otro:		Localidad:						
Email													
Lugar de realización de la capacitación:													

Fecha: / / 20

.....
Firma y Aclaración del Responsable y Sello de la Institución.