AGC Agencia Gubernamental de Control

DIRECCION GENERAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

F-2

NÓMINA DE ALUMNOS
(Completar con letra de imprenta)

(Uso exclusivo DGHySA) Nro. de Registro | | | | | | DGHySA | | | | |

Sello de Recepción

Datos Capacitador

Nro. de Registro del Capacitador | | | - | | | | | | | | | |

Tipo de Documento | | |

Nro de Documento | | | | | | | | |

Apellido _____ Nombres _____

Datos del local, sede o establecimiento industrial donde se dictará el curso

Nombre o Razón Social _____

Calle _____ Nro | | | | | | Piso | | Dto. | |

Localidad _____ Código Postal | | | | | | | | |

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Información sobre el Curso

Nivel			Duración (fechas)		Cupo	Fecha de Evaluación	Días				Horario	
			Desde	Hasta			Lunes		Jueves		Desde	Hasta
B	I	A	/ /	/ /		/ /	Martes		Viernes			
							Miércoles		Sábado			

Datos Alumnos

Tipo de trámite		Tipo de Documento	Nro. de Documento	Apellido	Nombre
Alta	Renov.				

Los datos consignados tiene carácter de declaración jurada.

Firma del Capacitador _____ Aclaración _____ Fecha ___/___