



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 Ministerio de Educación
 Dirección General de Educación Superior
 INSTITUTO DE FORMACIÓN
 TÉCNICA SUPERIOR N° 1

N° DE COTIZACIÓN:



SUBSECRETARÍA DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUADA
 RESOLUCIONES SSN N° 25.475, 25.811, 29.160, 30.412, 30.792, 31.573, 32.709, 33.683, 34.664 y 35.577

MÓDULO: _____

FECHA: / /

AÑO DE ACREDITACIÓN HORARIA

ARANCEL: \$ _____ (1)

DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre: _____ Matrícula N°: _____

Tipo y N° de Doc.: _____ Af. Sind. N°: _____ Af. OSSEG N°: _____

Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Localidad/Provincia: _____ Cod. Postal: _____

Dirección Laboral: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Laboral: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

Sr./a. Productor/a:
 Informamos que se considerarán **10 minutos de tolerancia** a partir del horario fijado para el inicio de los módulos.
De no llegar dentro del tiempo estipulado, no podrá ingresar al módulo.
 De haberlo abonado, podrá realizar una **Nota de Crédito** para que se le acredite a otro módulo a dictarse.

(1) LUGAR DE PAGO: Carlos Pellegrini 575, 8° piso – C.A.B.A. / Sector CAJA lunes a viernes de 10 a 18 hs.