



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 de la SSN N° 25.475, 25.811, 29.160, 30.412, 30.792, 31.573, 32.709, 33.683 y 34.664

Sr./a. Productor/a:

De acuerdo a lo indicado en el Art. 36 del actual Manual de Procedimiento del Ente Cooperador Ley 22400, el Productor Asesor de Seguros deberá indicar en la planilla de asistencia el año de acreditación del curso a realizarse, como así también la firma de ingreso y egreso.

<u>MÓDULO:</u>	_____
<u>FECHA:</u>	____ / ____ / ____

<u>AÑO DE ACREDITACIÓN HORARIA</u>

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.