## CONSEJO DE CAPACITACION
## F. A. B. V. P. B. A.

**EXPEDIENTE DE CURSO DE JERARQUÍA**
**..... Categoría PROGRAMA Nº ......... CICLO LECTIVO: ..............**
**B. V. DE ........................................................ E.Z. Nº .......REG: .............................**

| NOMINA DE ALUMNOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **LP-** | **D.N.I.** | **GRADO** | **APELLIDO** | **NOMBRES** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**UNA POR INSTITUCION**

**AUTORIZACION DE INSCRIPCIÓN A CURSOS DEL SISTEMA**

**Sr. Director Zonal de Capacitación:**
Por la presente solicitamos la inscripción al curso de referencia, de los alumnos de la lista, manifestando dar cumplimiento a los requisitos establecidos por el Sistema Provincial de Capacitación; otorgando la autorización institucional para ello, ratificada por las firmas que ser registran.

Firmas:

Sellos:

Jefe de Cuerpo Presidente