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 RENDIR EXAMEN FINAL

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