

DIRECCIÓN TÉCNICO ACADÉMICA
SOLICITUD DE CURSO DE CAPACITACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, A.C, ESCUELA, CENTRO, O PERSONA INDEPENDIENTE:

0

NOMBRE DEL CURSO:

0

OBJETIVO GENERAL DEL CURSO:

NOMBRE DEL CAPACITADOR (A) DEL CURSO:

0

DURACIÓN TOTAL EN HORAS:

0

TOTAL DE CAPACITANDOS:

0

DÍAS DEL CURSO:

0

DURACIÓN DEL CURSO:

0

FECHA DE INICIO DEL CURSO:

00/01/2000

FECHA DE TÉRMINO DE CURSO:

00/01/1900

LUBICACIÓN (DIRECCIÓN O DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL CURSO):

0

DATOS DE CONTACTO (CONVENIO, PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN O VENTAS):

Nombre del director (a) de la institución:

Nombre de la persona responsable del trámite:

Teléfono particular y/o de oficina:

0

Teléfono celular:

0

Correo electrónico:

0

0

0

NOMBRE Y FIRMA
RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

0