

COMISIÓN DE CERTIFICACIONES

INFORME ANUAL

AÑO:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

MP. N° _____ MAIL: _____

TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD: _____

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

INSTRUCTOR: _____

CO INSTRUCTOR: _____

SITIO DONDE REALIZA LA PRÁCTICA: _____

Durante su entrenamiento ¿Ha cambiado de instructor o de lugar donde realiza la práctica?:

En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior especifique los cambios efectuados:

Para ser completado por personal de la Institución

N° de Folios adjuntados en el presente informe: _____

Fecha de presentación: ____ / ____ / ____ N° de ingreso: _____

Sello Adm: _____ Mes Colegiación Abonada _____

Postulante
Firma y Sello

Instructor/a
Firma y Sello

Co- Instructor/a
Firma y Sello