

DATOS DEL CURSO					
PRESTACIÓN				INSTITUCIÓN RESPONSABLE	
SEDE				DOMICILIO	
CURSO/TALLER N°		DIAS DE DICTADO		HORARIO	

DATOS DE LOS JÓVENES			DÍAS										PORCENTAJE DE ASISTENCIA			
Nº	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.L.														
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL CAPACITADOR: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

PARA COMPLETAR POR LA OFICINA DE EMPLEO:

FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL ORIENTADOR DEL ÁREA DE EMPLEO JOVENIL DEL COORDINADOR DE LA OFICINA DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_