



CORPORACION DE EDUCACION
PUERTO NATALES | SALUD
MENORES

PRESENTACION CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO DOCENTE

NOMBRE FUNCIONARIO(A):	
RUT:	
CARGO:	
DEPTO./ESTABLECIMIENTO:	
FECHA PRESENTACIÓN:	

AL SR. SECRETARIO GENERAL DE LA CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN, SALUD Y MENORES DE PUERTO NATALES, PRESENTO A UD. CERTIFICADO DE PERFECCIONAMIENTO PARA RECONOCIMIENTO.

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO <i>(Los campos con (*) son obligatorios)</i>		
*NOMBRE CURSO:		
*RPNP:	*Nº HORAS:	*NIVEL:
*FECHA INICIO:		*FECHA TÉRMINO:
CALIFICACIÓN:		% ASISTENCIA:
*INSTITUCIÓN EJECUTORA:		
MODALIDAD PRESENCIAL ____ MODALIDAD ON-LINE ____ MODALIDAD MIXTA ____		

RESERVA SECRETARIO GENERAL

- ☐ **RECONOCIDO PARA ACREDITAR PERFECCIONAMIENTO.**
- ☐ **RECONOCIDO PARA FINES CURRICULARES.**
- ☐ **NO RECONOCIDO PARA ACREDITAR PERFECCIONAMIENTO.**

**FIRMA Y TIMBRE
SECRETARIO GENERAL**