



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	
<input type="checkbox"/>	RECONOCIDO PARA ACREDITAR PERFECCIONAMIENTO.
<input type="checkbox"/>	RECONOCIDO PARA FINES CURRICULARES.
<input type="checkbox"/>	NO RECONOCIDO PARA ACREDITAR PERFECCIONAMIENTO.

**FIRMA Y TIMBRE
SECRETARIO GENERAL**