



DATOS PERSONALES

***COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS**

EMPRESA	
RAZÓN SOCIAL	
CUIT	
REPRESENTANTE LEGAL	
DNI REPRESENTANTE LEGAL	
CANTIDAD DE EMPLEADOS REGISTRADOS	
ACTIVIDAD	
DIRECCIÓN DONDE SE REALIZARÁ EL ENTRENAMIENTO LABORAL	
LOCALIDAD	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	
Nº DE HABILITACIÓN, INSCRIPCIÓN MUNICIPAL Y/O MATRÍCULA PROFESIONAL HABILITANTE	

BENEFICIARIO		
APELLIDO/S Y NOMBRE/S		
NÚMERO DE CUIL		
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD		
TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO		
¿POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD?		
IMPORTANTE	¿COBRA ALGÚN BENEFICIO NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL?	
INDIQUE CUÁL		
PUESTO QUE OCUPARÁ		
HORARIO		

FIRMA EMPLEADOR

ACLARACIÓN