

 REPUBLICA ARGENTINA PROVINCIA DEL NEUQUÉN <b>MINISTERIO DE SALUD</b> <b>SUBSECRETARÍA DE SALUD</b> <b>DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA</b>	<b>RCMA</b> (Registro de Capacitadores de Manipuladores de Alimentos)	NÓMINA DE ALUMNOS  <b>F 2</b>
---	--	-------------------------------------

**REGISTRO DEL CAPACITADOR: RCMA N°**

**1.- DATOS DEL CAPACITADOR**

1.1 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 1.2 Documento de Identidad tipo y N°: \_\_\_\_\_

**2.- MODALIDAD PARA EL DICTADO DEL CURSO**

2.1 Presencial   
 2.2 Virtual

**2.1.1 DATOS DEL LOCAL/SEDE/ESTABLECIMIENTO DONDE SE DICTARÁ EL CURSO**

Nombre y Apellido o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle y número: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_

**2.2.1 MODALIDAD VIRTUAL**

Sincrónico / Asincrónico: \_\_\_\_\_  
 Plataforma: \_\_\_\_\_  
 Link de acceso: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**3.- INFORMACIÓN SOBRE EL CURSO**

Contenidos:  
 Obligatorio   
 Complementario

Duración: Desde: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hasta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Días: Lunes:  Martes:  Miércoles:  Jueves:  Viernes:

Horario: \_\_\_\_\_  
 Cupo: \_\_\_\_\_

**4.- EVALUACIÓN**

Fecha de Evaluación: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**DATOS DEL LOCAL/SEDE/ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN**

Nombre y Apellido o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle y número: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_

*DESE A LA TOTALIDAD DE LOS DATOS VOLCADOS EN ESTE FORMULARIO CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA*

