

 <p>REPUBLICA ARGENTINA PROVINCIA DEL NEUQUÉN <b>MINISTERIO DE SALUD</b> SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA</p>	<p style="text-align: center;"><b>RCMA</b></p> <p style="text-align: center;">(Registro de Capacitadores de Manipuladores de Alimentos)</p>	<p style="text-align: center;">NÓMINA DE ALUMNOS EVALUADOS</p> <p style="text-align: center;"><b>F 3</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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*

Lugar y Fecha.....  
Firma del Capacitador.....  
Aclaración.....

