

APROBACIÓN DE ADIESTRAMIENTOS

1. Nombre del Reclamante	2. Número Seguro Social	3. Oficina Local
--------------------------	-------------------------	------------------

A. Información del Adiestramiento

Tipo de adiestramiento: _____

Ofrecido por: _____

Lugar donde se conduce _____

Dirección: _____

Fecha de comienzo: _____ Fecha de terminación: _____

Evidencia: _____

¿Incluido en el listado? Sí No

B. Certificación

Sí No

Observaciones:

Fecha

Firma del Adiestrador de Área