

Curso

NIVEL-

AUTONÓMICO

FECHAS-

DATOS DEL CURSO Y PROFESORES

CURSO

Instalaciones donde se realizó la **PARTE TEÓRICA:**

Localidad:
Provincia:

Instalaciones donde se realizó la **PARTE PRÁCTICA:**

Fecha:
Localidad:
Provincia:

PROFESORES

Profesor 1

Primer Apellido:
Segundo Apellido:
Nombre:
Licencia Nº:
Teléfono contacto:
E-mail:
Matrícula del vehículo (si procede):

Profesor 2

Primer Apellido:
Segundo Apellido:
Nombre:
Licencia Nº:
Teléfono contacto:
E-mail:
Matrícula del vehículo (si procede):

Comité Autonómico que
Impartió el CURSO

El
Director/Responsable
(Profesor Primero),

INFORMA al CTNA
que los Alumnos
relacionados, han
superado el

**Curso de Nivel
AUTONÓMICO**

de forma

SATISFACTORIA

En aplicación de la
Normativa en vigor.



DATOS DEL ALUMNADO DEL CURSO QUE HAN RESULTADO APTOS

Nº	Nombre y Apellidos	NIVEL AUTONÓMICO
1º.-		
2º.-		
3º.-		
4º.-		
5º.-		
6º.-		
7º.-		
8º.-		
9º.-		
10º.-		
11º.-		
12º.-		
13º.-		
14º.-		
15º.-		
16º.-		
17º.-		
18º.-		
19º.-		
20º.-		

En a, de de 202

Firma del Director/Responsable
Profesor Primero

DIGITAL O A MANO

