

A.	TEMA								
B.	FECHA		HORA:		HORAS IMPARTIDAS:				
C.	NOMBRE DEL CAPACITADOR O ENTRENADOR:					FIRMA:			
D.	NOMBRE Y APELLIDO COMPLETOS	EMPRESA	CARGO	# DE IDENTIDAD	Tipo de Equipo a conducir	Vencimiento de licencia	No. Licencia	Tipo de Sangre	Usa Lentes
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
SIGUE OTRA LISTA									