La Plata, de de

El/los que suscribe/n solicita/n ser inscripto/s en el “Registro de Participantes”

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre y Apellido | Título | Expedido por: | Colegio | Matrícula CAPBA | DNI |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

NOTA:

La inscripción en este Registro es a los efectos de recibir las respuestas a las consultas que se formulen a la Asesoría. No obliga a presentar proyectos.

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Domicilio: Localidad:

Provincia Cód. Postal:

Teléfono; Mail:

COLABORADORES: