



**REGISTRO DE FIRMA**

Departamento Legalización, Homologación, Competencia Docente e Incumbencia Profesional de Títulos y Equivalencias de Estudios.

**AÑO**.....

**ESTABLECIMIENTO:**.....

**CUE:**.....

**DOMICILIO:**.....

**LOCALIDAD:**.....**DEPARTAMENTO:**.....

**TELEFONO:**.....

**CORREO ELECTRÓNICO:**.....

**HORARIO DE FUNCIONAMIENTO:**.....

**DATOS DEL RECTOR:**

**APELLIDO Y NOMBRE:**.....

**DNI:**.....

**TOMA DE POSESIÓN:**.....**CESE:**.....

**FIRMA Y SELLO:**

**DATOS DEL SECRETARIO:**

**APELLIDO Y NOMBRE:**.....

**DNI:**.....

**TOMA DE POSESIÓN:**.....**CESE:**.....

**FIRMA Y SELLO:**

**Lugar y Fecha:**.....