FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

	DATOS DEL TRABAJADOR																																		
Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))																																			
FELI	PE	AL	ON	SC	G	OM	IEZ	<u> </u>																											
Clave l	Ĵпі	ca de	Re	gist	ro	de P	obla	ació	n												Ocu	pación es	specif	ica (-						iones	.)		
U	١	X	2	s	1	' :	3	D	Е	E A	4	ı	s	R	5	s	T	1	М	3						WE	ΚI	OQ	ΝI	LDW	/D				
Puesto	*														1		1																		
DESA	٩R	RO	LL	AD	OF	R W	ЕВ	3																											
																	AT			- 1	ΛE	ADDES													
NI I	DATOS DE LA EMPRESA																																		
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))																																			
edkw	-																																		
Registi																_		<u>.</u> 1	_	$\overline{}$															
	1	2		3	4	5)	6		7	8		9	1	2	3		4	5	\perp															
							_	AT C		DE		3D.C	20	DAV	A D	- 0	ND (\ <u>\</u>		OJĆ		DIFOTE	2 4 5 4 1	-N	TO V	DD(20			/ID A	_				
							D/	AI C)5	DE	الم	'RC	JG	KAW	ADI	: C/	4P/	4CI	IA	CIC	JN, A	DIESTF	KAWII	ΕN	10 Y	PRO	JL	UC	Ш	VIDA	ע				
Nombro CUM					R	EGI	JL	ATO	OR	≀IO	E١	1 EI	L٤	SEC.	ΓOR	Н	DR	OC	:AI	RB	:UR(OS - PE	RFC)R <i>A</i>	CIÓI	N DI	E F	OZ	ZO!	S					
Duracio												eriod						Año		П	_	Mes		Día			а		Αñ		Τ	M	les		Día
16							ejecución: D								2	2 0 2			2	0	6	1 5		<u> </u>				2 2	1	0	6	1	5		
Área te					so																														
Nombr	e c	el ag	ent	e ca	pa	citad	lor c	o ST	PS	 3	_		_																_						
SALV	Ά	DOF	R(R	egi	ist	ro r	nún	ner	·o/	AAF	₹S	-90°	12	24-L	Y4-(000	5)																		
											_		_							_									_		_				
		Lo	s	dato	S	se a	sie	enta	an	en	est	ta c										cir verd					de	la r	es	pons	abi	ilida	d en q	ue	
	incurre todo aquel que no se conduce con verdad																																		
				Intr	uc	tor c				_	>					Patrón o representante legal Repres											ese	entante de los trabajadores							
					_	_	_	4	_	2	=						1	_	_	_	1					/	_	_	_	1	_				
										1	•					1	_	_	_	•															
																_																			
Salvador							•									qwdqwdfwe									ikkikikm										

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde
- Debera entregarse al trabajador dentro de los veinte dias hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato en la página www.stps.gob.mx
Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

Nombre y firma

Nombre y firma

Para empresa con menos de 51 trabajadores. Para empresas con mas de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

Nombre y firma

* Dato no obligatorio.