FORMATO DC-3 CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

	DATOS DEL TRABAJADOR																															
Nombre	ombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)) (ER ELI PÉREZ CASTELÁN																															
IKER E	LIP	ÉF	REZ	C	AST	ELÁ	ÁΝ																									
Clave Úr	ica d	e R	egist	ro c	le Po	blaci	ión					_						С	Ocupación	espe	ecífica	(Catál	-						ies)			
U A X 2 S Y 3 D E A I S R										5	STM				3	WEKDQW LDWD																
Puesto*	<u> </u>													l	<u> </u>																	
DESA	RRO	LL	AD	OR	WE	В																										
	DATOS DE LA EMPRESA																															
Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))																																
edkwemldwe Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)																																
				-										_			_	\top														
1	2		3	4	5	6	'	7	8	9	<u>,</u>	1	2	3	4	•	5	<u> </u>														
						DAT	01	2 DE		200	.0.		A D	- 04	D.A.	OIT	•	ιάν	ADIEO	TD (WII-	ITO V			110		/ID A					
	DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD																															
Nombre								DIO.			_		TOD			~~			DO0 D		- 00	A QIÁ			~~							
CUMPLIMIENTO REGULATORIO EN EL SECTOR HIDROCARBUROS - PERFORACIÓN DE POZOS																																
Duración en horas 16							Periodo de ejecución:							2	Año 2 0 2			2	Mes 6		Día 1 5		a		2 0	۹ñc ۱ I :	2 2	0	Me	s 6	1	Día 5
Área ten	nática	de	curs	80		_									1 -	1-	1 =	<u>-</u>	<u> </u>	!_	•		⊣ -	<u> </u>	- ~	. .					<u> </u>	
AMBIE	NTA	LE	S																													
Nombre del agente capacitador o STPS																																
SALVA	SALVADOR(Registro númeroAARS-901224-LY4-0005)																															
	L	os	dato	SS	se a	sien	tan	ı en	est										decir ve se condi					le I	a re	esp	ons	abilio	dad	en qu	ıe	
incurre todo aquel que no se conduce con verdad																																
													Pa	Patrón o representante legal Repres										ser	entante de los trabajadores							
CK2													_	_	1					/		_		<i>f</i>	_							
															_	1					1	_	_	1								
												_	/		_																	
Salvador											v			qv	qw	dfwe	ikkjkjkm															

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.