

Curso Nº-

NIVEL-

FECHAS-

Comité Autonómico que
Impartió el CURSO TEÓRICO

GALLEGO

DATOS DEL CURSO Y PROFESORES

CURSO

Instalaciones donde se realizó la **PARTE TEÓRICA:**
LOCAL SOCIAL A SOLAINA

Localidad: **NARÓN**
Provincia: **A CORUÑA**

Instalaciones donde se realizó la **PARTE PRÁCTICA:**
LOCAL SOCIAL A SOLAINA

Fecha: **5/11/2021**
Localidad: **NARÓN**
Provincia: **A CORUÑA**

PROFESORES

Profesor 1

Primer Apellido: **MONTERO**
Segundo Apellido: **BELLAS**
Nombre: **FERNANDO**
Licencia Nº: **2137**
Teléfono contacto: **659224649**
E-mail: **FERMONBESA@HOTMAIL.COM**
Matrícula del vehículo (si procede):

Profesor 2

Primer Apellido:
Segundo Apellido:
Nombre:
Licencia Nº:
Teléfono contacto:
E-mail:
Matrícula del vehículo (si procede):

El
Director/Responsable
(Profesor Primero),

INFORMA al CTNA
que los Alumnos
relacionados, han
superado el Curso y
Nivel de forma

SATISFACTORIA

En aplicación de la
Normativa en vigor.

Se adjunta
Ficha Historial
de cada Alumno.



DATOS DEL ALUMNADO DEL CURSO QUE HAN RESULTADO APTOS

Nº	Nombre y Apellidos	NIVEL ALCANZADO
1º.-	YOLANDA GARCIA RODRIGUEZ	1º
2º.-	ALEN DEL RIO QUINTELA	1º
3º.-	ANDREA AMOR CORTES	1º
4º.-	ANTIA PITA MARINO	1º
5º.-	MARCOS PITA MARINO	1º
6º.-	LUIS ANGEL BECEIRO CELEIRO	1º
7º.-	PEDRO SAAVEDRA RUBINOS	1º
8º.-		
9º.-		
10º.-		
11º.-		
12º.-		
13º.-		
14º.-		
15º.-		

NARON

a, 6 de NOVIEMBRE de 2021

Firma del Director/Responsable
Profesor Primero
DIGITAL O A MANO

