

# Cursos Paralelos

|           |  |
|-----------|--|
| Oficio Nº |  |
| Fecha     |  |

**A :** SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE EDUCACIÓN  
SECRETARÍA MINISTERIAL DE EDUCACIÓN  
REGIÓN DE COQUIMBO

**DE :**   
**SOSTENEDOR**

|                        |   |  |
|------------------------|---|--|
| Nombre Establecimiento | : |  |
| Rol Base de Datos      | : |  |
| Teléfonos              | : |  |
| Correo Electrónico     | : |  |
| Comuna                 | : |  |

Por medio de la presente solicito la creación del o los cursos paralelos señalados a continuación

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Además solicito a la supresión de los siguientes cursos paralelos. (Completar en caso de supresión)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Documentos que se adjuntan:

- Listado de cursos y jornadas por salas (Firmado por el sostenedor)
- Ultimo certificado de Aprobacion e Informe Tecnico
- Planos timbrados por la Direccion de Obras Municipales
- Certificado de Recepcion parcial o total de Obras
- Certificado del Ministerio de Salud según Decreto 289
- Certificado del Ministerio de Salud según Decreto 977 (solo en caso de Jornada Escolar Completa)

---

**Firma del Sostenedor**