



PR-SD-593

**NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
 DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO
 HATO REY, PUERTO RICO**

APROBACIÓN DE ADIESTRAMIENTO

1. Nombre del Reclamante	2. Número de Seguro Social	3. Oficina Local
--------------------------	----------------------------	------------------

A. Información del Adiestramiento

Tipo de adiestramiento:

Ofrecido por:

Lugar donde se conduce:

Dirección:

Fecha de comienzo:

Fecha de Terminación:

Evidencia:

¿Incluido en el listado?

Si No

B. Certificación

Aprobado

No Aprobado

Observaciones: _____

 Fecha

 Firma del Administrador de Área