

Bogotá D.C., ____ de _____ del 2.020

Señores:

Escuela De Capacitación Laboral Empresarial Scalando.

Ciudad.

Yo _____, identificado con cédula No. _____ de _____, en representación legal de la droguería _____, autorizo al Sr.(a) _____ identificado con cédula No. _____ de _____, para realizar las prácticas que le requieren a fin obtener la certificación como Auxiliar Técnico en Servicios Farmacéuticos.

Especifique los horarios laborales para realizar esta práctica:

Días:

Horario:

Atentamente,

C.C

Droguería: _____

Dirección: _____ Barrio: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Colocar sello.