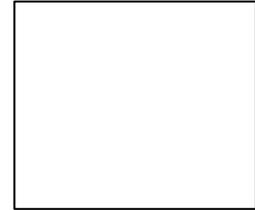


FORMULARIO PARA CONFECCION DE CREDENCIAL HABILITANTE

Córdoba,dede

Sr.
Dirección de Prestadores Privados de Seguridad
Ministerio de Gobierno



Nombre de la Empresa: _____

Apellido y Nombre del Titular: _____

D.N.I. N° : _____

_____	_____
Válida desde	Hasta
Para ser completado por la D.P.P.S.	

Domicilio de Empresa: _____

Teléfono de la Empresa: _____

Domicilio del Titular: _____

Telefono del Titular: _____

Grupo Sanguineo: _____

Alérgico (si / no): _____

Donante de Organos (si / no): _____

_____	_____
Resolución N°.	Fecha de Resolución
Para ser completado por la D.P.P.S.	

FIRMA DEL TITULAR
(dentro del recuadro y en forma prolija)



RETIRO CONFORME: _____