

ADT-ASP-DAP-053  
Julio 2001

USO OFICIAL SOLAMENTE  
Año Proceso \_\_\_\_\_  
Número de Solicitud \_\_\_\_\_  
Número Registro \_\_\_\_\_

**Estado Libre Asociado de Puerto Rico**  
**Departamento del Trabajo y Recursos Humanos**  
**ADMINISTRACIÓN DEL DERECHO AL TRABAJO**  
**Area de Servicio al Patrono**  
**Oficina Desarrollo Actividades Programáticas**

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL REGISTRO DE  
PROVEEDORES DE SERVICIOS**

1. Nombre de la Entidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Número de Seguro Social Patronal:

\_\_\_\_\_

3. Dirección Física: (Anoté la dirección de la oficina principal e incluya una lista con nombre y dirección de los centros de adiestramiento en los cuales están autorizados a desarrollar adiestramiento u otras actividades de capacitación).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Dirección Postal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Núm. Facsímil: \_\_\_\_\_

5. Nombre del Presidente, Director o  
Encargado de la Entidad:

Dirección y teléfono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Persona contacto y puesto que ocupa:

---

7. Describa la actividad a la que se dedica la entidad:

---

---

8. Tiempo que la entidad lleva operando en Puerto Rico: \_\_\_\_\_

9. Tipos de licencias o acreditaciones que posee para los cursos que interese se incluya en el Registro:

---

---

10. Tipos de becas o ayudas económicas disponibles para los estudiantes por curso:

---

---

11. Indique tipo de sesiones académicas:

\_\_\_\_\_ Semestre  
\_\_\_\_\_ Trimestre  
\_\_\_\_\_ Cuatrimestre  
\_\_\_\_\_ Otros

12. ¿Tiene la entidad una oficina de colocaciones?

\_\_\_\_\_ Sí                  \_\_\_\_\_ No

13. Describa las facilidades físicas de la entidad o institución para cada Centro de Adiestramiento a ser incluido en el Registro. (Puede someter documentación Visual si posee):

---

---

