

SÍLICE CRISTALINA RESPIRABLE: UNA REVISIÓN DEL NUEVO ENTRENAMIENTO EN LAS NORMAS DE OSHA

HOJA DE INSCRIPCIÓN

LUGAR DE ENTRENAMIENTO:

FECHA:

HORA DE INICIO:

HORA DE FINALIZACIÓN:

|    | NOMBRE | APELLIDO | FIRMA | ¿Es usted empleador o representante de un empleador?<br>(Distinto a un supervisor de primera línea)<br>Por favor indique abajo |    |
|----|--------|----------|-------|--|----|
| 1  |        |          |       | Si   | No |
| 2  |        |          |       | Si   | No |
| 3  |        |          |       | Si   | No |
| 4  |        |          |       | Si   | No |
| 5  |        |          |       | Si   | No |
| 6  |        |          |       | Si   | No |
| 7  |        |          |       | Si   | No |
| 8  |        |          |       | Si   | No |
| 9  |        |          |       | Si   | No |
| 10 |        |          |       | Si   | No |
| 11 |        |          |       | Si   | No |
| 12 |        |          |       | Si   | No |
| 13 |        |          |       | Si   | No |
| 14 |        |          |       | Si   | No |
| 15 |        |          |       | Si   | No |
| 16 |        |          |       | Si   | No |
| 17 |        |          |       | Si   | No |
| 18 |        |          |       | Si   | No |
| 19 |        |          |       | Si   | No |
| 20 |        |          |       | Si   | No |

COORDINADOR DE ENTRENAMIENTO:

Yo certifico que las personas inscritas en esta lista han participado en esta sesión de entrenamiento.

Firma: