



CAPACITACIÓN
Prevencción de Riesgos

Paginas : 1 de 1
Revisión : A
Fecha :

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|
| ESTABLECIMIENTO: | | | FECHA: | | |
| TIPO DE COMUNICACIÓN | | | | | |
| CAPACITACION MUTUAL | CAPACITACION ESPECIFICA INTERNA | OBLIGACION DE INFORMAR RIESGOS LABOLARES. Art 21 DS 40 | CAPACITACION PROTOCOLO PSICOSOCIAL__ TMERT__ UV__ | | |

| N | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | RUT | Fecha de Capacitación | FIRMA |
|----|------------------|------------------|--------|-----|-----------------------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| REALIZO | | | | | | |
| Sr: | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | |
| Firma: | | | | | | |