

**BRAZILIAN IMMIGRANT CENTER INC.**

**FALL PREVENTION TRAINING IN RESIDENTIAL CONSTRUCTION 2014**

**SUSAN HARWOOD GRANT PROGRAM # SH-26299-SH4 - FIVE HOURS COURSE**

**Registration Form**

1. Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

2. Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Emergency Contact: \_\_\_\_\_

3. Email: \_\_\_\_\_

4. Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

5. How long have you been living in the U.S? \_\_\_\_\_

6. Company name: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

7. Company Role: ( ) Owner Employer ( ) Supervisor ( ) Employee

8. Occupation in your country: \_\_\_\_\_

9. MAIN occupation in the U.S.: ( ) Roofer ( ) Carpenter ( ) Painter ( ) Cleaner

( ) Demolition Worker ( ) Dry Waller ( ) Others (specify): \_\_\_\_\_

11. Have you ever witnessed or been a victim of an accident in your workplace? ( ) Yes ( ) No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

12. Education: ( ) Elementary School ( ) Middle School ( ) High School ( ) Higher Education

13. Can we use your picture for future publication: ( ) Yes ( ) No

Upon completion of this course, I promise to use the skills and knowledge gained to make sure my workplaces are safe and in compliance with OSHA standards. \_\_\_\_\_ (Please Initial)

14. So you agree to be contacted three months after the course for a follow- up evaluation? ( ) Yes ( ) No

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

**CENTRO DO IMIGRANTE BRASILEIRO INC.**

**TREINAMENTO DE CINCO HORAS EM PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS**

**SUSAN HARWOOD GRANT PROGRAM # SH-26299-SH4**

**Ficha de Incrição**

1. Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

2. Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel de Emergência (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. Email: \_\_\_\_\_

4. Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

5. Quantos anos nos Estados Unidos: \_\_\_\_\_

6. Nome da Companhia: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

7. Voce é:      ( ) Patrão/Dono      ( ) Supervisor      ( ) Trabalhador

7. Tipo de trabalho que fazia no Brasil: \_\_\_\_\_

8. Tipo de trabalho que faz agora: ( ) Roofing ( ) Carpentry ( ) Painting ( ) Demolition ( ) Dry wall ( ) Cleaning ( ) Outros – Qual: \_\_\_\_\_

9. Você já esteve envolvido ou presenciou algum acidente no seu local de trabalho

( ) Sim ( ) Não Se sim, explique: \_\_\_\_\_

9. Educação: ( ) Primário ( ) Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Superior

10. Podemos usar a sua foto para futuras publicações: ( ) SIM ( ) NÃO

Ao fazer este curso, eu me comprometo a usar o conhecimento adquirido para fazer com que meus locais de trabalho sejam seguros, de acordo com os regulamentos da OSHA. \_\_\_\_\_ (Iniciais, por favor)

Concordo em ser contactado três meses após este curso para dar apenas seguimento a uma avaliação.

Sim ( ) Não ( )

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

## CENTRO DE INMIGRANT BRASILEÑO INC.

### FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE CAÍDA-CONSTRUCCIÓN RESIDENCIAL

### SUSAN HARWOOD GRANT PROGRAM # SH-26299-SH4- CINCO HORAS

#### Hoja de Registración

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

2. Tel: \_\_\_\_\_ Tel de Emergencia: \_\_\_\_\_

3. Email: \_\_\_\_\_

4. Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

5. Cuánto tiempo ha vivido en lós E. E. U. U.: \_\_\_\_\_

6. Nombre de Empresa donde usted trabaja: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

7. Usted és: ( ) Patrón/Dueño ( ) Jefe ( ) Trabajador

8. Trabajo que hicieron en su país de origem: \_\_\_\_\_

9. Tipo de trabajo que usted haces ahora: ( ) Roofer ( ) Carpenter ( ) Painter ( ) Cleaner

( ) Demolition Worker ( ) Dry Waller ( ) Others- Cuáles? : \_\_\_\_\_

10. Alguna vez has estado involucrado o presenciado un accidente de trabajo: ( ) Sí ( ) No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

11. Nivel de Educación: ( ) Primária ( ) Básica ( ) Secundária ( ) Superior

12. Podemos usar su foto para futuras publicaciones: ( ) Sí ( ) No

En tomar este curso, yo prometo usar el conocimiento ganado para asefurar que ços locales donde you trabajo estén seguros, para seguir las regulaciones de OSHA. \_\_\_\_\_ (Iniciales, por favor)

El Centro do Inmigrante Brasileño puede entrar en contacto conmigo tres meses después del curso para hacer una evaluación de seguimiento. ( ) Sí ( )No

Firmar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_