

Lista de Asistencia *

Nombre del entrenador:

Tema:

Módulo (Circule todas las que correspondan) 1 2 3 Entrena al Entenador

Fecha del curso: _____ Start Time: _____ End

Time: _____ Curso Localización (ciudad / estado):

_____ Entrenador Nombre (impresión):

	Nombre del Estudiante	Firma del Estudiante	Empresa	Comprobar si Gestor	Comprobar si Trabajador
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Certifico que la información en esta página es correcta.

(firma del entrenador)

Este material fue producido bajo la Concesión SH-26328-SH4 de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, Departamento de Labor. It estadounidense no refleja necesariamente las opiniones o políticas del Departamento de Trabajo de EE.UU., ni la mención de nombres comerciales, productos comerciales, u organizaciones implica la aprobación por el Gobierno de Estados Unidos.

* Si la asistencia es superior a 16, adjunte más copias como sea necesario