FORMULARIO PARA REGISTRO DE CAPACITACIONES

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES - SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Investigador Responsable:		Departamento:
Laboratorio Nº:	Tel:	Correo electrónico:

Período comprendido desde (mes, año): ..... **hasta (mes, año):** .....

Detalle del personal incluido en mi Plan de Protección que recibió cursos, charlas, capacitaciones sobre Higiene y Seguridad de tareas específicas del laboratorio (internas o externas) durante período mencionado.

Apellido y Nombres	Firma	Tema de la capacitación	Capacitador (persona o institución)

Firma del Investigador Responsable

Fecha