

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE FORMACION

PLAN GENERAL DE
HIGIENE

FECHA	TIPO DE ACTIVIDAD FORMATIVA	PUESTO DE TRABAJO	NOMBRE DEL EMPLEADO	RESPONSABLE IMPARTICIÓN

VERIFICACIÓN

FECHA:	ESTADO:	CORRECTO	NO CORRECTO	FIRMA	COMENTARIOS
/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		