



Centro Psiquiátrico de Entrenamiento y Capacitación

PLANILLA DE ASISTENCIA

REV 02

Hoja ___ de ___

*Nombre del curso: Prevención con Solchichico y uso de bombas *Nombre del Instructor: Sebastián Gómez

*Fecha: 26/04/14 *Hora de Inicio: Grupo OAS *Lugar: Catriel Presupuesto: _____

Referente de parte de la Empresa: _____

OBSERVACIONES / COMENTARIOS: Curso teórico práctico

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA Y CLARA. DOCUMENTACIÓN DE VALIDEZ LEGAL.

	NOMBRE Y APELLIDO	DNI	EMPRESA	NT	NP	APROBADO	Email	FIRMA
1	Franco Fuentes	35836677	OAS				Franco - Fuentes92@hotmail.com	
2	Ruben Zedera	31134933	OAS				CHICHETECH@HOTMAIL.COM	
3	Ricardo Julio	11866201	OAS					
4	Emilio	22151364	OAS					
5	Ilberto Jonathan	34707625	OAS					
6	Carlos Alejandro	21785578	OAS					
7	Rodrigo Osvaldo	10931486	OAS					
8	GORDO FERNANDO	23916260	OAS					
9	Patricia Constanza Gordo	29418618	Grupo OAS				mcgrdo@grupopas.com.ar	
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

* Conformidad del Servicio por parte de la Empresa
Fecha: _____

SEBASTIÁN PABLO GÓMEZ
LIC. EN HIGIENE Y SEGURIDAD
TEC. EN MANEJO DE SANGRE Y SÉRUM
M.P. 172 / 11-11-11 / M.P.R.N. A-3973-2