PROMAIZ

# REGISTRO DE ASISTENCIA

Código:R-SIG-30
Versión:03
Fecha:30/07/2018

Fecha: _____ Hora Inicio: _____ Hora Término: _____

Tema:

Duración: | Sesión Nº (si aplica):

Lugar:

Objetivo(s):

_____

_____

_____

_____

Observaciones: _____

_____

_____

_____

Tipo de actividad: (Seleccionar 1 item)

○ Capacitación o entrenamiento en:

☐ Sistema de Gestión de Calidad

☐ Sistema de SSO

☐ Sistema de Gestión de Inocuidad

☐ Habilidades o competencias técnicas

☐ Habilidades o competencias de gestión

○ Actividad diferente a capacitación o ent.

¿Deja certificado a los asistentes? SI ( ) NO ( )

**Facilitador / Instructor**

( ) Interno ( ) Externo

Nombre: _____

RUT: _____

Empresa / Área Promaíz: _____

**ASISTENTES**

| Nombre y Apellido | Area o Empresa | RUT | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |