#### Solicitud de Capacitación en Salud Ocupacional

#### Datos generales del solicitante:

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa/Institución /Centro de Trabajo

Telef. Fax: e-mail

Persona contacto:

Tamaño de la empresa/ institución

|  |  |
| --- | --- |
| Micro (9 o menos) | Mediana ( 50-99 ) |
| Pequeño ( 10 o más ) | Grande ( 100 o más ) |

Actividad Económica

1. **Capacitación solicitada en:**