



Hoja de registro de participantes

Solo para uso del facilitador:

Nombre de curso:	Fecha de entrenamiento:
Facilitadores:	Horas de entrenamiento:
Sitio:	Beca: DOE EPA OSHA TOP WMD
Dirección del sitio (ciudad, estado, código postal):	Distrito/Sindicato Local/Organización:

Al firmar esta hoja, los **facilitadores** confirman que los participantes enumerados en esta hoja de registro demuestran un dominio completo de los objetivos de aprendizaje facilitados en este curso y asistieron por completo.

Firma del facilitador: _____

Firma del facilitador: _____

TONY MAZZOCCHI CENTER

Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal



Hoja de registro de participantes

Fecha: _____

Al agregar su correo electrónico a esta hoja de inicio de sesión, acepta ser agregado a la lista de correo electrónico de capacitación del USW Tony Mazzocchi Center. Puede darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Firma	Distrito	Sindicato Local / Org	Número telefónico	Correo electrónico	Dirección postal