



ATLANTIC CHARTER

INSURANCE COMPANY

25 New Chardon St. • Boston, MA 02114-4721 • Phone: (617) 488-6500 • Fax: (617) 488-6502

REENTRENAMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE EMPLEADOS

Debe completarse después de una lesión relacionada con el trabajo o cuando se observen procedimientos de trabajo inadecuados.

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

I. REENTRENAMIENTO COMPLETADO

Nombre de empleado	Departamento
--------------------	--------------

Se trataron los siguientes temas:

II. RECONOCIMIENTO

Cierto que fui reentrenado and reeducado según lo indicado anteriormente. Entiendo la información que me dieron en el reentrenamiento. Puedo hacer una demostración adecuada de las técnicas. Entiendo que este documento pasará a formar parte de mi expediente laboral.

Signa de empleado	Fecha
-------------------	-------

Signa de capacitador laboral	Fecha
------------------------------	-------