**SOLICITUD DE CAPACITACIÓN**

**Facultad / Dependencia**: ……………………………………………………………………… **Fecha**: ……………………………

***Datos previos\* :***

N° TOTAL de personal **docente** de la institución: ………

N° TOTAL de personal **nodocente** de la institución: ………

\*son requeridos para calcular *porcentaje de personal capacitado*.

**Solicitante:** (Ej. comisión de SH, autoridad de gestión, delegados, etc.) …………………………………………………………..

**Referente de contacto:** (es la persona que se encargará de todas las gestiones necesarias para concretar esta capacitación, en coordinación con la DSHyDS)

* Nombre**:**
* E-mail:
* Tel. laboral: …………………………………………… Celular privado (opcional): ……………………………
* Área de Trabajo:

**TEMA** (señalar 1 sola opción)

* INDUCCION A LA SEGURIDAD E HIGIENE
* PRIMEROS AUXILIOS / RCP
* ACCIDENTES IN ITINERE
* ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)
* ORDEN Y LIMPIEZA (ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO)
* CUIDADO DE LA VOZ
* USO DE EXTINTORES
* EVACUACION DE EDIFICIOS
* MAQUINAS Y HERRAMIENTAS
* RIESGOS ERGONOMICOS
* RIESGO ELECTRICO
* RIESGO DE CAIDAS
* RESIDUOS PELIGROSOS, PATOGÉNICOS Y ESPECIALES
* MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (para comedores y buffets)
* RIESGOS PSICOSOCIALES

**Destinatarios:** (una o varias opciones)

* Docentes
* Nodocentes
* Alumnos

**Fecha estimada** (propuesta por el solicitante-a confirmar según agenda de la DSHyDS)....……………….

**Días y horarios sugeridos** (ej. martes de 10 a 12hs):……………………………………………………………………

**N° asistentes:** …………. (en lo posible realizar preinscripción -se adjunta modelo de planilla)

***Firma de una autoridad de la institución: ---------------------------------------------------***

*OBSERVACIONES:* …………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….