VERIFICACIÓN DE ENTRENAMIENTO

Los establecimientos alimenticios de la ciudad de Madison y Dane County participando en el programa **TRIPULACIÓN DE ALIMENTACIÓN SEGURA,** deben someter este formulario completo, por cada módulo enseñado para recibir crédito en el Programa de Reconocimiento Público.

Nombre del Establecimieto _____
Dirección del Establecimiento _____
Nombre del Módulo_____

Fecha / hora Entrenamiento	Nombre del Empleado (imprima)	Firma del Empleado

* Para recibir el reconocimiento, complete por lo menos 5 módulos de entrenamiento en 12-meses y entrene por lo menos al 10% de los empleados alimenticios por cada modulo (o a un mínimo de 5 empleados, o el que sea mayor).