REGISTRO DE ASISTENCIA

Nombre del Empleado	TRIPULACIÓN DE ALIMENTACIÓN SEGURA Módulo Número (anote el mes y el año)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

* 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)