

EVALUACIÓN DEL ENTRENADOR



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. Sus comentarios ayudarán a mejorar las clases. Por favor use una evaluación nueva para cada módulo.

Nombre del Establecimiento _____

Dirección del Establecimiento _____

Nombre del Módulo _____ Fecha _____

1. ¿Se preparó antes de dar la clase? Si No

Evalúe lo siguiente	Pobre	Promedio	Justo	Bueno	Excelente
Este módulo fue escrito al nivel apropiado para que los empleados comprendieran	1	2	3	4	5
El formato del módulo es fácil de seguir	1	2	3	4	5
Cumple con los objetivos del módulo	1	2	3	4	5
El contenido del módulo es completo y exacto	1	2	3	4	5
Las actividades son fáciles de hacer y comprender	1	2	3	4	5
Las Hojas de Hechos ayudan a los estudiantes	1	2	3	4	5
Dieron suficiente tiempo para enseñar el módulo	1	2	3	4	5

2. Si marcó Pobre o Promedio, por favor explique porque:

3. ¿Hay cualquier actividad, información o recursos que usted recomendaría añadir al plan? Por favor incluya copias escritas si le es posible.

4. Comentarios Adicionales:

CERTIFICADO



¡FELICITACIONES!:

Por atender la sección de entrenamiento de **TRIPULACIÓN DE ALIMENTACIÓN SEGURA**

(Nombre Del Modulo)

Provista por:

(Entrenador y Establecimiento)

El _____, 20_____

Desarrollado por Public Health – Madison & Dane County (06/04)

CERTIFICADO



¡FELICITACIONES! :

Por atender la sección de entrenamiento de **TRIPULACIÓN DE ALIMENTACIÓN SEGURA**

(Nombre Del Modulo)

Provista por:

(Entrenador y Establecimiento)

El _____, 20_____

Desarrollado por Public Health – Madison & Dane County (06/04)



Aplicación para el Programa de Reconocimiento Público: **TRIPULACIÓN DE ALIMENTACIÓN SEGURA**

Por favor complete toda la información con letra de molde o a máquina y devuelva a:

Public Health – Madison & Dane County
 Attn: Beth Cleary
 210 Martin Luther King Jr. Blvd Room 507
 Madison, WI 53703-3346
 o mándelo por FAX al (608) 266-4858

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO / ORGANIZACION:		FECHA:
DIRECCION FISICA DEL ESTABLECIMIENTO (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):		
DIRECCION POSTAL– SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):		
TELEFONO DEL NEGOCIO:	E-MAIL DEL NEGOCIO:	
NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO, TELEFONO, E-MAIL :		
CANTIDAD DE EMPLEADOS EN LA ACTUALIDAD:	AÑOS EN SERVICIO:	EN LA ACTUALIDAD, ¿CUANTOS GERENTES TIENEN CERTIFICACION ALIMENTICIA:
NOMBRE DEL ENTRENADOR:	¿GERENTE CON CERTIFICACION ALIMENTICIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL ENTRENADOR:	¿GERENTE CON CERTIFICACION ALIMENTICIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL ENTRENADOR:	¿GERENTE CON CERTIFICACION ALIMENTICIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Incluir Verificación de Entrenamiento (uno por cada módulo que enseña)

Incluir Evaluación del Entrenador (uno por cada módulo que enseña)

*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)