

APRENDIZAJE LABORAL
ACUERDO DE CAPACITACIÓN ANTE EL PELIGRO
Canyons School District



Nombre del estudiante:	Número del estudiante:
Empleador:	Supervisor del lugar de trabajo:

CURSOS CONEXOS

1.	2.
3.	4.

Fecha de cumplimientos de los requisitos de capacitación médica: _____

Tareas/objetivos:

El estudiante y el supervisor del lugar de trabajo deben indicar las tareas o los objetivos en los que el estudiante trabajará durante la experiencia de aprendizaje laboral. Enumere las tareas principales en la tabla que figura a continuación. También enumere los equipos que se usarán o los riesgos por lo que respecta a las precauciones especiales (procedimientos médicos, levantamiento, alturas, exposición a productos químicos, etc.). Incluya en la última columna la fecha en que al estudiante se le dio la capacitación sobre el uso seguro del equipo o el plan de seguridad de la empresa.

Tareas/objetivos	Equipo/riesgos	Precauciones especiales	Fecha de la capacitación de seguridad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Firma del supervisor del lugar de trabajo _____ Fecha _____ Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del supervisor de la escuela _____ Fecha _____ Firma del parent/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Fecha de la capacitación de seguridad de la escuela _____ (**Obligatoria** además de la capacitación sobre seguridad en el lugar de trabajo).

Ningún distrito del Consorcio Wasatch Front discrimina por motivos de discapacidad, género, raza, color, nacionalidad ni edad por lo que respecta a los programas educativos, las actividades ni el acceso a las instalaciones.

