

**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 padre/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.*

<b>Tareas/objetivos</b>	<b>Equipo/riesgos</b>	<b>Precauciones especiales</b>	<b>Fecha de la capacitación de seguridad</b>