



**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE DE LA CAPACITACIÓN
SOBRE PLOMO**

(Se debe enviar dentro de 5 días de haber finalizado la capacitación y se debe enviar con los Registros de asistencia del estudiante de la capacitación sobre plomo.

Puede enviarse por correo, por fax al 717-705-0196 o por correo electrónico a CALBOIS@pa.gov).

<p>Información del estudiante (El nombre debe coincidir con el nombre indicado en el Registro de asistencia del estudiante)</p>	<p>El estudiante debe completar esta sección. Escriba correctamente en letra de imprenta con tinta, y use su nombre legal.</p> <p>Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____ Dirección (incluido n.º de departamento/habitación) _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____ Nombre del empleador actual _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono laboral _____ Firma del estudiante _____ Fecha _____</p>
<p>Información del proveedor de la capacitación</p>	<p>El instructor debe completar esta sección. Escriba correctamente en letra de imprenta con tinta.</p> <p>La persona antes mencionada ha completado correctamente _____ días de capacitación sobre plomo durante _____ horas el _____. El curso completo está marcado a continuación.</p> <p>Trabajador <input type="checkbox"/> Curso de actualización para trabajador <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Curso de actualización para supervisor <input type="checkbox"/> Inspector <input type="checkbox"/> Curso de actualización para inspector <input type="checkbox"/> Evaluador de riesgos <input type="checkbox"/> Curso de actualización para evaluador de riesgos <input type="checkbox"/> Diseñador de proyecto <input type="checkbox"/> Curso de actualización para diseñador de proyecto <input type="checkbox"/></p> <p>Calificación integral inicial: _____ Calificación de segundo intento (si corresponde): _____ Comentarios del instructor: _____ Nombre del proveedor de la capacitación _____ N.º de acreditación _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____ Ubicación del curso: _____ El curso comenzó el: _____ y terminó el: _____ Nombre del instructor (en letra de imprenta o tipeado): _____ Nombre del instructor (firmado): _____ Fecha de firma: _____</p>