Facultad de Odontología

CONCENTRADO PARA LA DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION

FECHA: _____

ÁREA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	TIPO DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO	OBJETIVO

FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

Por la Facultad: Por el S.T.S.U.A.Ch.:

REVISÓ AUTORIZÓ

_____ _____

RECURSOS HUMANOS SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Fecha de Revisión: 15/08/2011
No. de Revisión: 1
FOR 6.2 RHU 03