Concentrado para la Detección de Necesidades de Capacitación

FECHA: _____

DETERMINACIÓN DE DIRECCIÓN Y/O DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	TIPO DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO	OBJETIVO

COPIA NO CONTROLADA

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

_____
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

_____
DIRECTOR DE LA FACULTAD

Fecha de Revisión: 01/02/2008
No. de Revisión: 0
FOR 6.2 RHU 03