**FORMULARIO DE INFORME DE INCIDENTES DEL ESTADO MAYOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | FECHA DE INFORME: |
|  |  |  |
| NOMBRE DEL EMPLEADO | TÍTULO |
|  |  |
| NOMBRE DEL GERENTE | TÍTULO |
|  |  |

DETALLES DEL INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UBICACIÓN | FECHA DEL INCIDENTE: | HORA |
|  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE |
|  |
| EXPLICACIÓN DEL EMPLEADO |
|  |
| TESTIGOS |
|  |
| Acción a realizar *seleccione una* |
|  | Advertencia verbal |  | Libertad condicional |  | Despido |
|  | Advertencia escrita |  | Suspensión |  | Otro |
| EXPLICACIÓN DE LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR |
|  |

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y entendido la información contenida en el presente documento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL EMPLEADO** | **FECHA** | **FIRMA DEL EMPLEADO** | **FECHA** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |