

FORMULARIO DE INFORME DE INCIDENTES DEL ESTADO MAYOR

FECHA DE INFORME:

NOMBRE DEL EMPLEADO

TÍTULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NOMBRE DEL GERENTE

TÍTULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DETALLES DEL INCIDENTE

UBICACIÓN	FECHA DEL INCIDENTE:	HORA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

EXPLICACIÓN DEL EMPLEADO

TESTIGOS

Acción a realizar *seleccione una*

<input type="checkbox"/>	Advertencia verbal	<input type="checkbox"/>	Libertad condicional	<input type="checkbox"/>	Despido
<input type="checkbox"/>	Advertencia escrita	<input type="checkbox"/>	Suspensión	<input type="checkbox"/>	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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.