

DECLARACIÓN DE TESTIGO DEL ACCIDENTE

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES

NOMBRE DEL EMPLEADO QUE ALEGA INCIDENTE PUESTO/FUNCIÓN:

--	--

TURNO

DEPARTAMENTO

--	--

DECLARACIÓN DE TESTIGO

El empleado mencionado anteriormente proporcionó su nombre como testigo. Para completar una investigación oportuna y exhaustiva de este incidente, proporcione los siguientes detalles y envíe su declaración completada lo antes posible.

NOMBRE DEL TESTIGO

TÍTULO/ROL DEL TESTIGO

--	--

DISCURSO DEL TESTIGO

TELÉFONO DEL TESTIGO

--	--

¿VIO UN INCIDENTE QUE INVOLUCRA AL EMPLEADO ANTERIOR?

SÍ

NO

SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO SE ENTERÓ DEL ACCIDENTE?

--

SI VIO OCURRIR EL ACCIDENTE:

UBICACIÓN DEL INCIDENTE

FECHA DEL INCIDENTE

HORA

--	--	--

DESCRIBA LO QUE VIO:

--

NOMBRE

FIRMA

FECHA

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
TESTIGOS			
INFORME RECIBIDO POR			

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

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.