

Envíe la aplicación a:

Departamento de Labor e
Industrias
DOSH Educación & Alcance
PO Box 44649
Olympia WA 98504-4649

Es la responsabilidad del solicitante asegurarse que todos los requisitos previos al curso se hayan cumplido antes de inscribirse. Por favor envíe copias de esta solicitud completa, firmada, y toda la documentación necesaria como prerrequisito del curso al Programa de Capacitación WISHA 10 **antes de inscribirse en el curso**. La inscripción no está permitida sin aprobación previa.

Requisitos para el curso de WISHA 10 Capacitación al Instructor:

- Los interesados deberán presentar constancia (copia de tarjeta o diploma) de haber completado una capacitación de WISHA 10 para trabajadores agrícolas o certificación de WISHA 10 Capacitando al Instructor.
- Personal con experiencia agrícola con al menos cinco años de experiencia en salud y seguridad agrícola o experiencia profesional.

Información del Solicitante - Por favor escriba o imprima		
1. Nombre del solicitante:	2. Título de trabajo:	
3. Compañía:	4. Correo electrónico:	
5. Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
No. Teléfono:	No. de Fax:	
6. Estoy solicitando inscripción para el: <input type="checkbox"/> Curso de WISHA 10 Capacitación al Instructor Nota: Esta solicitud no será utilizada para un curso de actualización. Un entrenador autorizado que esté interesado en asistir a un curso de actualización, debe enviar una copia original de su tarjeta de entrenador al Programa de Capacitación WISHA 10 antes de inscribirse en el curso de actualización.		
7. ¿Eres bilingüe en inglés o español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	8. ¿Planeas dar este entrenamiento en español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9. Fechas del curso:		
10. Lugar del curso:		
11. Describa cómo cumplirá con los requisitos de WISHA 10 anteriormente mencionados.		

Escriba su experiencia laboral, con el empleador más reciente primero

1. Nombre del empleador:	2. Nombre de contacto:
3. Número de teléfono de la persona de contacto:	4. Correo electrónico de la persona de contacto:
5. Dirección del empleador:	
Ciudad:	Estado: Código postal:
6. Fecha de inicio de empleo:	7. Fecha de final de empleo:
8. Responsabilidades de trabajo en esta posición:	
9. Describa las actividades de seguridad en esta posición:	
10. Qué porcentaje de esta posición está relacionado con la seguridad?	
11. Duración de la experiencia en este trabajo:	

Experiencia Laboral

1. Nombre del empleador:	2. Nombre de contacto:
3. Número de teléfono de la persona de contacto:	4. Correo electrónico de la persona de contacto:
5. Dirección del empleador:	
Ciudad:	Estado: Código postal:
6. Fecha de inicio de empleo:	7. Fecha final de empleo:
8. Responsabilidades de trabajo en esta posición:	
9. Describa las actividades de seguridad en esta posición:	
10. ¿Qué porcentaje de esta posición está relacionado con la seguridad?	
11. Duración de la experiencia en este trabajo:	

Experiencia Laboral	
1. Nombre del empleador:	2. Nombre de contacto:
3. Número de teléfono de la persona de contacto:	4. Correo electrónico de la persona de contacto:
5. Dirección del empleador:	
Ciudad:	Estado: Código postal:
6. Fecha de inicio de empleo:	7. Fecha final de empleo:
8. Responsabilidades de trabajo en esta posición:	
9. Describa las actividades de seguridad en esta posición:	
10. ¿Qué porcentaje de esta posición está relacionado con la seguridad?	
11. Duración de la experiencia en este trabajo:	

Experiencia Laboral	
1. Nombre del empleador:	2. Nombre de contacto:
3. Número de teléfono de la persona de contacto:	4. Correo electrónico de la persona de contacto:
5. Dirección del empleador:	
Ciudad:	Estado: Código postal:
6. Fecha de inicio de empleo:	7. Fecha final de empleo:
8. Responsabilidades de trabajo en esta posición:	
9. Describa las actividades de seguridad en esta posición:	
10. ¿Qué porcentaje de esta posición está relacionado con la seguridad?	
11. Duración de la experiencia en este trabajo:	

Educación y Certificación Profesional

1. Experiencia

Años de experiencia: _____

Profesional de Seguridad y Salud: _____

Entrenamiento: _____

Capacitación sobre temas de seguridad y salud: _____

2. Título universitario

Tengo un título en seguridad y salud ocupacional de una universidad acreditada.

Nombre de la universidad en la que se adquirió el título: _____

Fecha de graduación: _____

Nombre de carrera/título: _____

3. Certificación profesional - (La certificación profesional es opcional)

Profesional de Seguridad Certificado (CSP)

Higienista Industrial Certificado (CIH)

Técnico en Seguridad y Salud Ocupacional (OSHT)

Soy un Gerente Certificado de Seguridad y Salud (CSHM)

He incluido la copia requerida de mi certificación profesional actual como CSP, CIH, OSHT o CSHM.

3. Declaración de Certificación

Según entiendo, la información que he incluido en este documento y que he enviado al Programa de Capacitación de WISHA 10 (o su representante) es verdadera.

Firma del solicitante

Fecha

Esta página es para uso exclusivo de L&I

<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not Approved	Date
Approving Authority Printed Name:	Approving Authority Signature:
If not approved, please indicate reason: <input type="checkbox"/> Applicant did not meet the required years of experience. <input type="checkbox"/> Applicant did not submit proof of applicable certification. <input type="checkbox"/> Applicant did not include transcripts. <input type="checkbox"/> Applicant did not sign form. <input type="checkbox"/> Other: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	