QUEJA DE SALUD Y SEGURIDAD

#_____

Fecha _____ Ubicación _____

Departamento_____Turno_____ Hora _____

Razon por la queja:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____

Firma de los empleados Fecha

Reportado a la gerencia: (Nombre) _____

Respuesta de la gerencia:_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____

Firma de la gerencia Fecha

Resuelto: Sí □ No □

Resolución:

_____
_____
_____

Estado o respuesta de esta queja:

En este momento _____ _____

(Fecha) (Hora)