****

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**SEMANA DE LA SALUD OCUPACIONAL**

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN**

**CAMPEONATO DE SAPO MIXTO**

**FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL EQUIPO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGADO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPENDENCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **DEPENDENCIA** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

**NOTA:** Este formato de inscripción deberán hacerlo llegar a más tardar hasta el día viernes 28 de agosto al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (antes Salud Ocupacional), en físico o al correo [saludocupacional@pasto.gov.co](mailto:saludocupacional@pasto.gov.co)