

ANEXO - LISTA DE PRESENÇA / AVALIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO



HOSPITAL MUNICIPAL DE FRANCISCO SÁ
LISTA DE PRESENÇA / AVALIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO

1- Tema do treinamento	2- Código lançamento no RM	3- Página
------------------------	----------------------------	-----------

4- Datas previstas	5- Tipo de Treinamento Treinamento de Integração Institucional / Atendimento ao cliente	6- Carga horária	7- Facilitador / Instrutor
--------------------	--	------------------	----------------------------

TREINAMENTO			
8- Matrícula	9- Nomes legível do Treinando	10- Setor	11- Assinatura <small>(comprovação de presença e ou recebimento de material didático)</small>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

CAPACITAÇÃO		
12- Funcionário capacitado		13- e capacitação alcançado
Sim	Não	

AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO			
14- Tipo de avaliação de capacitação	15- Número de funcionários treinados	16- Número de funcionários avaliados	17- Número de funcionários capacitados

Mod.