

GRUPO DE TRABAJO DE TRÁFICO E SEGURIDADE

Nome e Apelidos _____

Nº colexiado/a _____ Teléfono _____

Enderezo _____

E-mail _____

Centro de Traballo _____

- No caso de ser un psicotécnico:

¿É propio? Si Non

¿Pertence a ASECEMP? Si Non

- ¿Tés o curso do INTRAS? Si Non

Lugar e data do curso INTRAS _____

- Centros preferentes para impartir os cursos de sensibilización:

Asinado: _____

Data: ____ / ____ / _____