

**CRANES AND HEAVY EQUIPMENTS INSTITUTE
OF PUERTO RICO, INC.**

P. O. BOX 50746 TOA BAJA, P.R. 00950-0746

TEL: 784-3908 FAX: 795-1083

HOME PAGE: CRANEINSTITUTEPR.COM

E-MAIL : craneins@coqui.net

**SOLICITUD PARA UNA CERTIFICACIÓN
DE OPERADOR DE MONTA PERSONAL**

REQUISITOS PARA LA CERTIFICACIÓN:

- Tener la experiencia requerida (ver abajo) y demostrar habilidad en el manejo.
- Llenar los requerimientos físicos.
- Tomar el curso, pasar un examen escrito y uno práctico.

EXPERIENCIA:

Seis (6) meses de experiencia como operador designado.

INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE:

1. Por favor usar letra de molde
2. Llenar la aplicación en su **totalidad**
3. Mencionar cada patrono, tipo de monta personal, fabricante, capacidad y tiempo de experiencia
4. Firmar la aplicación
5. Dar al **patrono** a llenar su parte de la solicitud

Cualquier duda favor de llamar al teléfono 787-784-3908

Esta solicitud debe llenarse y entregarse a su instructor.

Pagina (2) de la sección de experiencia del solicitante

Tiene usted algún impedimento físico que le impida la operación segura del monta personal? _____

Ha tenido algún entrenamiento como operador del monta personal? _____ compañía _____

Tiene alguna certificación de operador? _____ Quien la emitió _____

Ha estado envuelto en algún accidente de monta personal? _____ En qué fecha _____

Si su contestación a la pregunta anterior es afirmativa, Por favor explique: _____

La información antes mencionada una es fiel y exacta de mi experiencia de trabajo. Asumo la responsabilidad por información que no sea verdadera sobre mi experiencia.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

ESTA SECCIÓN A SER LLENADA POR EL SUPERVISOR DEL SOLICITANTE

_____ ha demostrado conocimiento y habilidad al operar los equipos para levantar personas antes mencionados, incluyendo las inspecciones pre y pos operacionales, destrezas de manejo, procedimientos de seguridad así como manejar el equipo en una forma segura. El solicitante ha leído y entendido los libros y manuales de los equipos que opera.

El solicitante cumple con los requisitos de experiencia para aplicar para esta certificación.

Nombre del Patrono _____

Dirección _____

Nombre y título del supervisor _____

Firma del supervisor _____ **Fecha** _____