|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Department of Health Services** | | | | | | | **State of Wisconsin** | | | | | |
| Division of Public Health  F-00049S (04/2025) | | | | | | | Wis. Adm. Code ch. DHS 159  Página 1 de 2 | | | | | |
| Solicitud de instructor principal de asbesto  Asbestos Principal Instructor Application | | | | | | | | | | | | |
| Instrucciones: Esta solicitud es para las personas que ya están certificadas en una disciplina de asbesto o que adjuntan su solicitud de certificación. | | | | | | | | | | | | |
| Información del instructor principal | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Inicial del segundo nombre | | | | | | Apellido(s) | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad | | | | | | | | | Estado | Código postal | | |
| Número de teléfono | | | | | Correo electrónico | | | | |
| **Cursos aprobados y tarifas** | | | | | | | | | | | | |
| Verifique las aprobaciones que está solicitando e incluya un cheque o giro postal a nombre del **DHS**. | | | | | | | | | | | | |
| **Certificación requerida** | **Cursos que puede enseñar** | | | | | | | | | | **Tarifa** | |
| Supervisor de reducción de asbesto | Trabajador de asbesto, Supervisor, Trabajador de exteriores, Supervisor de exteriores | | | | | | | | | | $50 | |
| Inspector de asbesto | Inspector de asbesto | | | | | | | | | | $50 | |
| Planificador de gestión del asbestos | Planificador de gestión de asbesto | | | | | | | | | | $50 | |
| Diseñador de proyectos de asbesto | Diseñador de proyectos de asbesto | | | | | | | | | | $50 | |
| Requisitos adicionales para los solicitantes iniciales | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Firma | | | Verifico que la información presentada en esta solicitud es veraz y exacta. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada puede ser motivo de denegación o revocación de mi certificación. Entiendo que debo cumplir la normativa sobre asbesto de Wisconsin. | | | Firma | Fecha |  Enviar solicitud | | | | | | | | | | | | |
| Mailbox with solid fillEnvíe por correo su solicitud completa, la tarifa y todos los archivos adjuntos requeridos a:  State of Wisconsin PO Box 93419 Milwaukee, WI 53293-3419 | | | | | | | | | | | | | |
| Si tiene preguntas, llame al (608) 261-6876.  Si prefiere una llamada en un idioma que no sea el inglés, envíe un correo electrónico a [DHSAsbestosLead@dhs.wisconsin.gov](mailto:DHSAsbestosLead@dhs.wisconsin.gov) para solicitar un intérprete. | | | | | | | | | | | |
| Capacitación y experiencia para los solicitantes iniciales | | | | | | | | | | | | | |
| Los solicitantes iniciales deben completar los siguientes requisitos adicionales.  Incluya una de las siguientes opciones:  Certificado de métodos de enseñanza: Al menos un certificado de curso de capacitación de instructores (train the trainer) de 16 horas o una capacitación equivalente, incluyendo la descripción del curso o el temario.  Transcripción de la universidad: cursos sobre métodos educativos.  Llene las siguientes secciones sobre su experiencia. | | | | | | | | | | | | | |
| **Experiencia en instrucción** | | | | | | | | | | | | | |
| Para estar calificado para la aprobación de instructor, debe tener al menos un año de experiencia laboral relevante. | | | | | | | | | | | | | |
| Organización: | | | | Fecha de inicio | | | | | Fecha final | | | | |
| Nombre del contacto | | | | | | Correo electrónico del contacto | | | | | | | |
| Descripción de la experiencia | | | | | | | | | | | | | |
| **Referencias profesionales** | | | | | | | | | | | | | |
| Incluya los nombres y la información de contacto de 3 referencias profesionales. Solo una puede ser de su empleador actual. | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | **Nombre** | | | | | | **Nombre** | | | | |
| Compañía | | Compañía | | | | | | Compañía | | | | |
| Correo electrónico | | Correo electrónico | | | | | | Correo electrónico | | | | |
| Número de teléfono | | Número de teléfono | | | | | | Número de teléfono | | | | |