**CONSULTA PÚBLICA**

**Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgos de Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados con el Trabajo**

**IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Empresa/Institución que representa:** |  |

**OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**

| **N° Obs.** | **Nº Pág.** | **Título / Punto /Letra** | **Observación o Comentarios** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |