Nombre de la persona que realiza la supervisión visual

Número de licencia o certificado (si corresponde)

Dirección completa de la vivienda

Fecha en que se aplicó el encapsulante

Fecha de la última evaluación

Fecha de hoy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Area (sala, comedor, etc.)** | **Ubicación de la superficie** | **Sustrato** | **Nombre y/o formulación del encapsulante** | **Observaciones** | **Aprobado/**  **reprobado** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Firma

Nombre en letra de imprenta