

DECLARACIÓN DE NINGUNA LESIÓN

Comprendo que todas y cada lesión debe ser reportada de inmediato a mi supervisor [o coordinador de indemnización laboral para el trabajador]. Comprendo que tan pronto como sea razonablemente posible se me requerirá que complete un formulario de Informe de Lesiones. Si resulté lesionado en el trabajo durante el período de tiempo abajo mencionado ya lo he notificado a mi supervisor [o coordinador de indemnización laboral para el trabajador]., y completado los papeles apropiados. Al firmar esta declaración confirmo que desde _____ hasta la fecha de hoy, no he sufrido una lesión que no haya reportado durante el transcurso del empleo en la empresa.

Declaro que lo que precede es verdad y correcto de acuerdo a la pena de falso testimonio bajo las leyes del Estado de _____.

Firma del(la) Empleado(a)

Fecha / /

Nombre del(la) Empleado(a) (por favor en letra de imprenta)