

RECHAZO DE LA ATENCIÓN DEL DOCTOR

I, _____, declaro que en _____
(Su nombre) (Fecha)

I, _____
(Descripción de la lesión)

Entiendo que tengo la obligación de someterse a una prueba de drogas / alcohol después de un accidente en el momento de denunciar el incidente anterior.

Echaba de menos a menos de 4 horas de trabajo. [] Sí [] No

Volví al trabajo regular en _____ / _____ / _____
Día Mes Año

_____/_____/_____

Firma del empleado

Imprimir Nombre

Fecha

_____/_____/_____

Supervisor Firma

Imprimir Nombre

Fecha