

RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO SOBRE EMPLEO

Acuso recibo de una copia del Manual de la Empresa "Lugar de Trabajo Libre de Drogas Legales" el cual incluye la política "Lugar de Trabajo Libre de Drogas" (Drug Free Workplace), información útil de ayuda para el personal, una lista de las drogas para las cuales se realizarán pruebas, los medicamentos comunes de venta sin receta que pueden modificar los resultados de dicho chequeo, e información educativa sobre el abuso de drogas. También se me ha dado la oportunidad de completar voluntariamente un formulario de divulgación de medicamento.

Reconozco y acuerdo libre y voluntariamente que, como una parte de mi empleo actual, puedo ser sometido a futuras pruebas relacionadas al consumo de drogas y/o de alcohol después de accidentes, por sospecha razonable, por comienzo de trabajo, por mi condición física en cuanto al rendimiento en mi empleo, de seguimiento, y/o pruebas para drogas al azar a la discreción de la Empresa. Entiendo que la denegación a someterme a pruebas de sangre, urinalisis o alcoholómetro resultará en la terminación inmediata de mi empleo. Entiendo que la alteración o adulteración de una muestra de prueba de drogas y/o alcohol se considerará una negación de someterme a tal prueba, resultando en la terminación inmediata de mi empleo. Entiendo que un resultado positivo y confirmado a base de prueba para drogas y/o alcohol tendrá como resultado mi despido, pero si yo puedo completar a mi costo una prueba negativa de abuso de sustancias, y siempre que todavía quede abierto un puesto, se me otorgará otra oportunidad de reconstrucción en el caso de resultar negativa la prueba de regreso al empleo. Entiendo que se requiere someterme a pruebas de seguimiento al azar de drogas y/o alcohol durante un periodo de dos (2) años. Entiendo que una prueba de seguimiento positiva de drogas y/o alcohol resultará en la terminación de mi empleo.

Acepto someterme voluntariamente a la prueba de sangre, urinalisis y/o alcoholómetro para consumo de drogas o alcohol como una parte de mi empleo fijo y eximo a mi empleador de cualquier responsabilidad que pueda resultar de mi participación en tal chequeo. Entiendo que, si sufro una lesión durante y dentro del alcance de mis deberes laborales, y dado el caso que mis pruebas personales resulten positivas en cuanto a la presencia de alcohol y/o drogas, podré perder los derechos a prestaciones médicas e indemnización por accidentes de trabajo según la ley de la Florida. (Reglamentos del Estado de la Florida 440.101, 440.102). Asimismo, entiendo que mi denegación a someterme a pruebas en estas circunstancias dará automáticamente como resultado la pérdida de mis derechos a prestaciones médicas e indemnización, y mi despido inmediato. Entiendo que una prueba de drogas y/o alcohol positiva y confirmada, o una muestra alterada o adulterada, o una denegación de someterme a prueba puede resultar en la pérdida de los beneficios de desempleo bajo las Leyes de la Florida.

Por la presente doy mi consentimiento para divulgar los resultados de las pruebas de mi sangre, urinalisis y/o alcoholómetro, a la(s) persona(s) o departamento(s), o al agente designado por mi empleador, para el propósito de determinar la presencia de alcohol y/o otras drogas en mi cuerpo durante el período de mi empleo. Al firmar este formulario, libero a la Empresa y/o el Funcionario de Revisión Médica de la Empresa los resultados de la(s) prueba(s) para las cuales he dado mi consentimiento. Además, autorizo que la Empresa discuta los resultados con el personal médico/los médicos quienes han tomado las muestras, con la entidad efectuando las pruebas, sus directivos, agentes y empleados responsables por la administración de la(s) prueba(s) o la evaluación de los resultados de la(s) misma(s). También autorizo que la Empresa discuta los resultados con sus consejeros legales y utilice los resultados de prueba como defensa en cualquier acción de la cual soy una parte. Además libero a cualquier entidad dedicada al procesamiento de tales pruebas, o a cualquier médico quienes me hayan examinado, de cualquier responsabilidad que pudiera resultar de la liberación de cualquier y todo resultado, reporte por escrito, historia médica, y datos relacionados a dicha(s) prueba(s) a los ejecutivos del caso de la Empresa. Doy mi permiso para la divulgación de los resultados a la Empresa y/o al Funcionario de Revisión Médica de la Empresa.

También entiendo que la política "Lugar de Trabajo Libre de Drogas" y los documentos afines no pretenden constituir un contrato entre este empleador y mi persona. Como un empleado de esta empresa, declaro que entiendo todo lo anterior y estoy de acuerdo en atenerme a la política de esta Empresa relacionada al programa "Lugar de Trabajo Libre de Drogas" según los Reglamentos del Estado de la Florida 440.101, y 440.102, y he recibido un preaviso por escrito de 60 días sobre este programa, si el caso así lo requiere.

Firma del Empleado _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

_____/_____/_____

Firma del Candidato _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

_____/_____/_____

Como candidato para empleo, acuerdo libre y voluntariamente en someterme a un urinalisis para chequear la presencia de drogas en mi cuerpo, como una parte de mi solicitud de empleo, y entiendo que la denegación a someterme a la prueba, un resultado positivo y confirmado de la misma, o una muestra alterada o adulterada me descalifica para mi empleo, a pesar de que haya comenzado a trabajar pendiente los resultados de la prueba de drogas. Entiendo que todavía estoy en proceso de solicitar el empleo y no estoy oficialmente aceptado como empleado hasta que la Empresa haya recibido un resultado negativo de dicha prueba. Si esta compañía me contrata, declaro que entiendo y estoy de acuerdo en atenerme a la política del Lugar de Trabajo Libre de Drogas según los Reglamentos del Estado de la Florida 440.101, y 440.102 ya mencionado.