

Fecha: _____

Sr./Sra., Sta., _____

SSN: _____

Lo siguiente sirve para notificarle que hay trabajo liviano para usted, efectivo _____
_____. Sus responsabilidades de trabajo van a consistir de _____
_____, cual no
excedera las limitaciones siguientes como prescrito por su medico _____
_____.

Por esta razon, porfavor llame nuestra officina a _____, para
recibir instrucciones del trabajo y aceptar la oferta de trabajo. Falta de aceptar trabajo
liviano puede afectar sus beneficios de compensacion de trabajadores.

Entiendo que todas reglas regulares del empleo y polizas aplican a posiciones
modificadas y alternativas ligeras de deber.

(reconocimiento de oferta de trabajo)

Firma del Empleado

Nombre Escrito

Fecha

Firma del representante
Fecha

Nombre Escrito