

RECONOCIMIENTO DEL PERÍODO DE COMIDA Y DESCANSO

Nombre: _____	Número de empleado: _____
Cargo: _____	Departamento: _____
Fecha de contratación: _____	Fecha de hoy: _____

Entiendo que la ley estatal requiere que mi empleador autorice y me permita tomar un período de comida de no menos de 30 minutos siempre que trabaje más de cinco horas en un día laboral. El período de comida debe comenzar antes de que supere las cinco horas de trabajo. Entiendo que el período de comida debe ser libre de impuestos y que se me permite salir de las instalaciones y usar el tiempo de descanso para fines personales. A menos que califique para una excepción y un superior autorizado y yo firmemos una renuncia a mi derecho a un período de comida, entiendo que es mi obligación y la política de mi empleador tomar un período de comida de al menos 30 minutos dentro del tiempo identificado anteriormente.

También entiendo que tengo derecho a un período de descanso de no menos de diez minutos por cada cuatro horas trabajadas o en parte mayor de las cuatro horas trabajadas. Además, entiendo que el período de descanso debe tomarse lo más cerca posible de la mitad de cada período de trabajo, y que ningún supervisor puede pedirme o exigirme que renuncie a mi período de descanso. Entiendo que el período de descanso debe ser libre de impuestos y que se me permite salir de las instalaciones y usar el tiempo de descanso para fines personales.

Certifico que entiendo completamente las reglas con respecto a los períodos de comida y los períodos de descanso y cumpliré plenamente con esas reglas. Debido a que una violación de esta regla puede constituir una violación de la ley y de la política de mi empleador, entiendo que puedo estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la posibilidad de despido, si infrinjo esta política.

Si se me niega un período de comida o descanso al que tengo derecho por ley y la política de mi empleador, acepto notificar al Director de Recursos Humanos / Supervisor / Gerente de Oficina (seleccione uno) dentro de las 24 horas para que el asunto pueda ser investigado completa y cuidadosamente y se puedan tomar las medidas correctivas apropiadas. También acepto notificar al Director de Recursos Humanos / Supervisor / Gerente de Oficina (seleccione uno) cada vez que mi descanso sea inoportuno, corto o insuficiente, en cuanto a la razón, lo antes posible.

RECONOCIMIENTO

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto cumplir con esta política.

Fecha de firma del empleado

(mes/día/año)

Distribución: Original al archivo personal del empleado, copia al empleado