

Acuse de Recibo de la Política de Período de Comida y Descanso

Reconozco que me han proporcionado y entiendo la Política de período de comida y descanso de la Compañía y entiendo que entra en vigor de inmediato. Acepto cumplir con esta Política.

Si se me niega un período de comida o descanso al que tengo derecho, o si no tomo un período de comida o descanso como lo exige la ley y las políticas de mi empleador, acepto notificar a mi supervisor o al departamento de Recursos Humanos dentro de los veinticuatro (24) horas, para que el asunto pueda investigarse exhaustiva y cuidadosamente y se puedan tomar las medidas correctivas adecuadas.

Entiendo que puedo estar sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir el despido, si violo esta Política.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado Fecha