

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES NOTIFICACIÓN DE ABUSO DE DROGAS

PARA: _____
(Nombre del Empleado)

DE PARTE DE: _____
(Nombre de la Empresa)

La política de este empleador es proveer un ambiente laboral seguro para todos sus empleados. Por lo tanto, los siguientes procedimientos ahora están en vigor:

- Todo solicitante de empleo se someterá a una prueba de drogas. Un resultado positivo de drogas ilegales o rehusarse a someterse a la prueba prohíbe que el solicitante sea empleado por esta empresa.
- Todo empleado involucrado en un accidente en el trabajo podría tener que someterse a una prueba de drogas por medio de una prueba de sangre.
- En caso de una prueba de drogas positiva, el empleado podría sufrir una pérdida de beneficios de compensación de trabajadores y/o ser despedido.
- Si acaso algún empleado se rehúsa a someterse a una prueba de drogas después de un accidente en el trabajo, el empleado enfrentará la misma posible pérdida de beneficios de compensación de trabajadores y/o despido.
- Al firmar abajo, el empleado y/o solicitante expresamente da su consentimiento a someterse a pruebas de drogas como condición del empleo y/o inmediatamente después de cualquier accidente en el trabajo y además de su consentimiento a que los resultados de la prueba de drogas sean entregados al empleador/seguro o cualquiera de sus representantes.
- El empleado tiene derecho de reportar lesiones y enfermedades al empleador libre de represalias.
- Todos los empleados de _____ (Nombre de la Empresa) se someten a pruebas de drogas al azar y/o por sospechas razonables.
- Reconozco haber recibido una copia de la Política de Abuso de Drogas de _____ (Nombre de la Empresa).

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA