



DEBERES MODIFICADOS

INFORMACION DE DEBERES MODIFICADOS

Fecha: _____

Correo Certificado #: _____

Empleado:

Dirección de casa:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Estimado: _____

Hemos recibido una autorización para que regrese a trabajar con restricciones del

Dr. _____ con fecha _____.

Esta autorización está adjunta a este Formulario de Trabajo Modificado.

El Dr. _____ lo ha autorizado a regresar al trabajo con las siguientes restricciones

Iniciales del empleado

Iniciales del empleado

La posición de trabajo modificado que tenemos para usted incluye las siguientes responsabilidades (solo le asignaremos tareas que sean consistentes con sus restricciones):

Iniciales del empleado

Su ubicación:

Sus horas:

Su pago:

Duración de los deberes modificados:

Iniciales del empleado

UCP Corporate Office:

387 West Tabernacle Street St. George, UT

(435) 429-2699 (Office)

scott@psucp.com

THANK YOU

If you fail to show up for your modified duty it will result in an automatic refusal of modified duty.



DEBERES MODIFICADO

DEBERES MODIFICADO

Esta oferta permanecerá abierta hasta 24 horas después de que haya recibido esta carta, es decir, cuando se le proporcione personalmente o cuando tenga un recibo real o presunto por correo. Si no se comunica con nosotros antes de ese plazo, consideraremos que la oferta de Trabajo Modificado ha sido rechazada.

Atentamente,

[Firma del Gerente]

ACEPTO la oferta de posición de Trabajo Modificado que me están ofreciendo.

Firma

Fecha

Rechazo la oferta de posición de Trabajo Modificado que me están ofreciendo.

Firma

Fecha

UCP Corporate Office:

📍 387 West Tabernacle Street St. George, UT

☎ (435) 429-2699 (Office)

✉ gott@psucp.com

THANK YOU

If you fail to show up for your modified duty it will result in an automatic refusal of modified duty.