

**2000 El Indio HWY**

**EAGLE PASS, TX 78852**

**Reconocimiento y Consentimiento de los empleados a las Pruebas**

1. Yo, x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reconozco recirbiruna copia de Politica de drogas y alcohol de la empresa. Fecha x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Acepto voluntariamente proporcionar una mestra de mi orina para pruebas y someterme a cualquier examen fisico o de otro tipo relacionado cuando se me haya pedido que lo haga.
3. Autorizo la lieracion del resultado de la prueba (y cualquier otra informacion medica pertinente) a la compania para su evaluacion del uso y la convenencia para el empleo continuado. Tambien libero a la compania de toda resposabilidad que surja o este relacionado con las pruebas.
4. Entiendo que si me niego a someterme a la prueba a dar una muestra(s) solicitada, a autorizar la liberacion de los resultados a la compania, y/o si los resultados de la prueba indicant que yo no complir con los estandares de la compania, yo puedo ser terminado.
5. Entiendo que cualquier intent de cambiar, adulterer o manipular de cualquier manera la muestra o las muestras solicitadas o de otro modo manipular el proceso de prueba resultara en la terminacion del empleo. Tambien entiendo que si mis resultados de la prueba se diluyen en la segunda prueba, Puedo ser termindo.

He leido toda esta politica y cada una de las declaraciones anteriores: Si \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Firma y Fecha:x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_