**Autorizacion de liberacion**

**DOT informacion sobre pruebas de drogas y alcohol**

**Seccion 1:** Ser completado por el nuevo empleador, firmado por el empleador, y transmitado al empleador anterior

Nombre Impreso del solicitante:x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado SS # or ID # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por lo presente autorizo la liberacion de mi departamento de transporte regulado de drogas y alcohol registros de pruebas por mi empleador anterior enumerado en la seccion 1-a al empleador enumerador en la seccion 1-b. Este lanzamiento esta de acuerdo con la regulacion de punto 49 CFR parte 40. Seccion 40,25 entiendo que la informacion que se publicara en la seccion 11-a mi empleador anterior se limita a los siguientes articulos durante los ultimos tres anos.

1. Prueba del alcohol con un resultado de 0.04 o mas arriba:
2. Prueba positiva verificada de la droga:
3. Denegacion de Prueba:
4. Otras violaciones de la droga de la agencia del punto y de la regulacion de la prueba del alcohol.
5. Informacion obtenida de los empleadores anteriores de una violacion de la regla de drogas y alcohol.

Firma de Solicitante: x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A. Nombre del empleador anterior:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Tel (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Fax (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Nuevo nombre de Empleador:\_MAVERICK EXPRESS CARRIERS LLC\_.

**Domicilio**: 2000 EL INDIO HWY EAGLE PASS TX 78852\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

# de Tel : **(956) 489-3113 / Safety Department** Fax # : **(956) / Safety Department**

Representante de Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seccion ll. Ser completado por el empleador anterior y transmitado al nuevo empleador

A. En los tres anos anteriores, lara las pruebsa reguladas por puntos(Mientras que su empreza):

1. El empleado tiene prueba de alcohol con un resultado de 0.04 o superior? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

2. El empleado ha verificado prueba de drogas positivas? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

3. el empleado se nego a ser probado? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

4. El empleado tiene otras violaciones de la Agencia DOT drogas y las normasde bruebas de acohol? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

5. Si “Si” a cuaquiera de los articulos anteriores, Completo el empleado el proceso de regreso al deber? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

6. Hizo un empleador anterior reporter una violacion de la regla de drogas y alcohol a usted? YES\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Nota: Empleador anterior, si usted contest “Si” a cualquier articulo de la seccion ll-a. usted Tambien debe transmitir una copia(s) de la documentacion apropiada (por ejemplo, CCFS, informe de resultados MRO, BSTF’S, informes de SAP pruebas de seguimiento) registro al nuevo empleador

B. Nombre de la persona que proporciona informacion en la seccion II-a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Titulo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Favor devuelva ambas paginas via fax al (956)**  #de tel (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gracias por su atencion inmediata.Fax # (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_