

MOD	Fecha	1. Querrela Número
-----	-------	--------------------

2. Nombre del Patrono

3. Dirección del Sitio de Trabajo (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)

4. Dirección Postal (si es diferente) (Ciudad, Ciudad, Estado, ZIP)

5. Oficina Gerencial

6. Teléfono

7. Clase de Negocio

8. Descripción del riesgo. Describa brevemente el riesgo que usted cree existe. Incluya el número aproximado de empleados expuestos a, o, amenazados por cada riesgo.

9. Localización del riesgo. Especifique el edificio o área de trabajo en particular donde existe la alegada violación.

10. Se ha llamado la atención sobre esta condición al: (Marque con una "X" donde aplique)

Patrono

Otra Agencia Gubernamental (Especifique) _____

11. Favor indicar su deseo:

No revele mi nombre al patrono

Autorizo a revelar mi nombre al patrono

12. El Suscriptor: (Marque con una "X" sólo un encasillado)

Empleado

Comité de Seguridad y Salud

Representante de Empleados

Otro (especifique) _____

..... cree que existe a violación a una norma de seguridad y salud que constituye un riesgo de trabajo en el establecimiento indicado en este formulario.

13. Nombre del querellante (en letra de molde)

14. Teléfono

15. Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)

16. Firma:

17. Fecha

18. Si usted es un representante autorizado de los trabajadores afectados por esta querrela, favor indicar el nombre de la organización que usted representa y su título

Nombre de la organización: _____

Su título: _____