**DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LESIONES A LA FECHA DE TERMINACIÓN**

**No Injury Declaration at Termination**

Instructions: Ask all departing employees to sign this form as of the date of termination. While you can't force them to do so **you can make a condition of receiving any severance. (Review all collective bargaining agreements prior to implementing this form).**

Comprendo que todas y cada lesión debe haber sido reportada de inmediato a mi supervisor o coordinador de compensación al trabajador. Comprendo que tan pronto como sea razonablemente posible se me requerirá que complete un formulario de Informe de lesiones. Si resulté lesionado en el trabajo antes de mi fecha de terminación, ya notifiqué a mi supervisor o coordinador de indemnización por accidentes de trabajo y llené los papeles correspondientes. Al firmar esta declaración confirmo que a la fecha de terminación, no tengo ninguna una lesión que no haya reportado durante el transcurso del empleo en la empresa.

Declaro que lo que precede es verdad y correcto de acuerdo a la pena de falso testimonio bajo las leyes del Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .

Firma del empleado Fecha / /