

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO

AVISO

HORAS ALTERNADAS DE TRABAJO PARA OBREROS Y EMPLEADOS

Establecimiento _____

Clase de Negocio _____

Patrono _____

Dirección _____

NOMBRE DEL EMPLEADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	Total Horas a la semana

El presente Aviso ha sido fijado por mí hoy día _____ de _____ de 19____ y de acuerdo con las leyes que lo disponen.

Firma del patrono o su representante

RECORD DE INSPECCIONES REALIZADAS EN ESTE ESTABLECIMIENTO

Inspección Número	Fecha	Firma del Investigador	Inspección Número	Fecha	Firma del Investigador

ESTE AVISO ES PROPIEDAD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO