|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A description... | MINISTERIO DE TRABAJO E INDUSTRIA DE MN  DIVISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL  443 Lafayette Road North  St. Paul, MN 55155  1-800-DIAL-DLI (1800-342-5354)  (651) 284-5050  FAX: (651) 284-5741  www.dli.mn.gov  **AVISO DE IMPUGNACIÓN DEL EMPLEADO** | Fecha de emisión | Inspección Nro. |
|  |  |
| Identificación de OSHI: | Informe opcional Nro. |
|  |  |
| Nombre y dirección del empleador | |
|  | |

Aviso de impugnación: Por la presente impugno la siguiente citación y puntos a que se hace referencia en la Citación y notificación de multa por las razones siguientes: (Adjunte páginas adicionales según sea necesario y se consideran parte de este formulario)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Citación Nro. | Punto  Nro. | (marque todas las que correspondan) | | | | Explicación |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección Date | Sancin |  |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección | Penalty |  |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección | Penalty |  |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección | Penalty |  |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección | Penalty |  |
|  |  | Citación | Tipo de violación | Fecha de corrección | Penalty |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certificación de servicio a los empleados afectados: | | |
| Por la presente certifico que en esta fecha, |  | Copia de este Aviso fue |

Servido a mi empleador para su publicación con la Citación y notificación de multa impugnada, y

Servido a los representantes autorizados de todos los empleados afectados.

Juramento: Juro que la información proporcionada en este formulario y presentada con este formulario es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Suscrito y jurado ante mí | | | | | |
| Nombre del empleado Teléfono | |  | este |  | | día de | |  |
|  | |  | Notario público | |  | | | |
| Firma Fecha | |  | Mi comisión expira | | | |  | |

Requisito de publicar del empleador:

Una copia de este aviso y las páginas, documentos o cartas adicionales, deben permanecer publicados hasta la fecha de la audiencia o antes de la determinación final.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certificación de publicación por parte del empleador: | | |
| Por la presente certifico que en esta fecha, |  | , se publicó este Aviso de impugnación del empleado |
| en el lugar donde se exige la publicación de la citación y notificación de multa. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Suscrito y jurado ante mí | | | | | |
| Nombre del empleador Teléfono | |  | este |  | | día de | |  |
|  | |  | Notario público | |  | | | |
| Firma Fecha | |  | Mi comisión expira | | | |  | |

Condición de parte asociada: Además de los derechos que figuran en la Citación y notificación de multa y en cualesquier otros avisos o correspondencia recibida por el Departamento, un empleador, empleado afectado o representante autorizado de empleados puede elegir participar como parte asociada en cualquier momento antes de los catorce días de la audiencia formal por este asunto. Para hacerlo, deberá presentar un aviso por escrito al comisionado a la dirección que aparece arriba; haga referencia a la Citación y notificación de multa impugnada e incluya su nombre, dirección y a los representantes autorizados de los empleados, de haberlos. Si los empleados están solicitando condición de parte asociada, el aviso debe incluir una declaración que determine que ellos son los empleados afectados por el empleador citado. Se puede lograr servir a otros empleados al publicar este aviso.