|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota**  División de Seguridad y Salud Ocupacional  443 Lafayette Road N.  St. Paul, MN 55155  Teléfono: 651-284-5050 or 800-342-5354  Fax: 651-284-5741  Correo electrónico: [citation.progress@state.mn.us](mailto:citation.progress@state.mn.us) | Número de inspección | Número de identificación OSHI | Reporte opcional no. |
|  |  |  |
| Nombre del empleador y dirección postal | | |
|  | | |

**Petici****ón para la modificación de la fecha de correcci****ón**

**Propósito de este formulario**

Si se necesita tiempo adicional para corregir uno o más elementos después de recibir una Citación y Notificación de Penalización de la División de Salud y Seguridad Ocupacional de Minnesota (MNOSHA), complete este formulario. **NO** presente este formulario si presentó un formulario de Aviso de Impugnación y marcó la Fecha de Rebaja.

## Cómo solicitar más tiempo para la corrección

Este formulario debe presentarse de buena fe y no solo por demora. El formulario debe presentarse en la dirección anterior a más tardar el siguiente día hábil después de la fecha de corrección original (o modificado previamente). **Para ser considerado, todas las partes del formulario deben completarse, y el formulario debe estar estampillado, enviado por correo electrónico, enviado por fax o entregado personalmente en la fecha de vencimiento o antes. Los formularios presentados por fax, correo electrónico o entregados a mano deben recibirse a más tardar a las 4:30 p.m. en la fecha de vencimiento.**

Si este formulario se recibe tarde, la fecha de la cita de corrección se convierte en una orden final y las solicitudes de cambios no serán revisadas.

**Complete el cuadro y otra información a continuación.** La primera columna enumera solo las citas que necesitan más tiempo, por ejemplo, "Cita 1, Elemento 2" o "1-2". Agregue páginas adicionales si es necesario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Citación y número de artículo. | Fecha de la corrección en la cita | Fecha de finalización anticipada | Motivo del tiempo de corrección adicional. | Medidas provisionales tomadas para proteger a los empleados, incluidas las fechas |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Publicación**: El empleador certifica que las copias completas de este formulario se publicaron el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha) en los lugares donde se publica la Citación y Notificación de Penalización. El formulario debe permanecer publicado durante **10** días. (**Requerido para todos los empleadores**.)

**Sindicato (Si corresponde)**: El empleador certifica que se proporcionaron copias completas de este formulario en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha) a los representantes de los empleados autorizados de los empleados afectados por correo postal prepago de primera clase o entrega personal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre del representante del empleador, título Teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Este formulario se encuentra en [www.dli.mn.gov/business/workplace-safety-and-health/mnosha-compliance-forms](http://www.dli.mn.gov/business/workplace-safety-and-health/mnosha-compliance-forms). Enero 2020