|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Minnesota Department of Labor and Industry**Occupational Safety and Health Division 443 Lafayette Road N.St. Paul, MN 55155Tel.: 651-284-5050 o 800-342-5354Fax: 651-284-5741Correo electrónico: citation.progress@state.mn.us | Núm. de inspección | Núm. de identificación de OSHI | Núm. de informe opcional |
|  |  |  |
| Nombre y dirección postal del empleador |
|  |

# Informe de progreso obligatorio

De acuerdo con las reglas de Minnesota 5210.0532, este informe **debe** devolverse a la dirección mencionada arriba. El formulario del Informe de progreso obligatorio completado debe ser recibido antes de la fecha de vencimiento de la corrección indicada en la citación. Este formulario debe entregarse antes de la fecha más reciente de corrección de todas las citaciones o dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la citación, lo que sea anterior. Se necesitan múltiples informes para verificar la corrección de las citaciones con períodos de corrección de más de 30 días. **Si no presenta todos los informes de progreso obligatorios, recibirá una citación adicional, una sanción adicional o una inspección de seguimiento.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Núm. de citación y artículo | Acción tomada | Fecha de corrección de la citación | Fecha de corrección (corregida) | Fecha de cumplimentación anticipada |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nota:** Si la fecha de cumplimentación anticipada es posterior a la fecha de corrección que aparece en la citación, debe presentar una petición escrita para la modificación de la fecha de corrección (PMA) para solicitar una ampliación del tiempo permitido para la cumplimentación. Consulte las instrucciones del formulario PMA en la página 2 de la Citación y notificación de sanción.

Se debe publicar durante 15 días una copia de este formulario donde aparece la Citación y notificación de sanción, y todos los empleados afectados y sus representantes deben ser informados de su derecho a examinar y copiar todos los documentos de corrección presentados al comisionado.

Por el presente certifico que esta información es exacta.

|  |  |
| --- | --- |
| Completado por: | Cargo: |
| Teléfono: | Fecha: |

Este formulario está disponible 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). Febrero de 2020