

Ciudad de San Diego
Permiso por Enfermedad con goce
de sueldo y salario mínimo
Formulario de declaración de queja

| |
|--|
| FOR ENFORCEMENT OFFICE USE ONLY |
| BUS. CERT #: _____ |
| DATE RECEIVED: _____ |
| CASE #: _____ |

*indica un campo obligatorio

Información del contacto

Nombre

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Cremallera

La mejor manera de ponerse en contacto con usted Email Teléfono Ambos

Email

Teléfono

Detalles de la obra

Nombre del empleador/empresa (nombre del empresa como se muestra en su cheque de pago) *

Gerente o propietario Nombre

Su trabajo dirección(es) (debe estar dentro de la Ciudad de San Diego) *

Describa su queja en detalle *