

PERSONAL SERVICIOS

sdjobs.org

TRABAJO SOMBRA TARJETA DE HORAS

INFORMACIÓN COMERCIAL

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

TRABAJO SOMBRA HORAS

Puesto de trabajo: _____			Fecha de Observación laboral: ____/____/____			
Total Horas de Observación laboral (No a superar 8 horas)		inc ógn ita	\$15.00	=	Estipendio Cantidad	\$ _____

I aceptar eso I completó el Trabajo Sombra listado arriba. I autorizar el Negocio Representante a compartir información respecto a mi asistencia y tiempo en DLR.

Nombre impreso: _____

Firma del participante: _____ FECHA: ____/____/____

I aceptar el Partícipe terminado el Trabajo Sombra para el número de horas listado arriba; por favor escribir en el número de horas dedicadas a la experiencia de las sombras (redondeado al incremento de media hora más cercano).

Negocio Representante Nombre: _____

Firma: _____ FECHA: ____/____/____

Esta traducción se creó utilizando aprendizaje automático/inteligencia artificial y se ha revisado para comprobar su exactitud. Sin embargo, si encuentra errores o imprecisiones, por favor háganoslo saber para que podamos mejorar la precisión de la traducción en el futuro.