

Bajo el Acto *EMPLOYEE POLYGRAPH PROTECTION* de 1988, usted tiene un número de derechos en relación con la administración del Examen Detector de Mentira.

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE:

- ◆ Usted no puede ser requerido este examen como una condición del empleador.
- ◆ Cualquier comentario que usted diga durante este examen puede ser usado en su contra en caso de cargos, disciplinas u otras acciones.
- ◆ Usted no puede ser despedido, disciplinado o ser negado del empleo o promoción solo en base a este examen, sin evidencias adicionales.
- ◆ Usted puede terminar el examen en cualquier momento.
- ◆ Usted no puede ser cuestionado con preguntas personales diseñadas para ultrajar o invadir su vida privada.
- ◆ Usted puede ser exento de este examen, si tiene una justificación de un doctor certificado señalando que usted tiene una condición médica o condición psicológica o esta bajo tratamiento que puede causar respuestas anormales durante este examen.
- ◆ Usted tiene el derecho a consultar legalmente consejos o al representante de los trabajadores antes de tomar este examen.

TRABAJADOR:

Yo he leído y claramente comprendo lo dicho, 'Notice of My Rights' (anotación de mis Derechos) relacionada al la administración del uso del Examen Detector de Mentiras.

YO HE DECIDIDO:

() **NO TOMAR EL EXAMEN.** Yo comprendo que no puedo ser liquidada o despedida solamente por negarme a tomar este examen. Pero, mi empleador puede despedirme o tomar otras acciones disciplinarias en mi contra si mi empleador tiene otras sospechas que yo estoy involucrada en el incidente o actividad que esta siendo investigada, yo tuve acceso a la propiedad y otros requisitos de la ley han sido satisfechos.

() **TOMAR EL EXAMEN.** **Fecha de Aviso recibido:** _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

LUGAR DEL EXAMEN: _____ FIRMA DEL TESTIGO: _____

Este examen va ser realizado en: _____ Hora: am/pm _____