**Documento de asignación a pesar de objeción**

Primero debe protestar verbalmente contra la asignación de trabajo ante su supervisor en el momento en que usted cree que es una asignación peligrosa. Por lo general eso sería al inicio de su turno, pero puede ocurrir en cualquier momento. Si su supervisor no hace los ajustes necesarios a la asignación de trabajo, debe rellenar este documento a su mejor saber y entender y darle una copia a su supervisor, una copia a su representante de AFSCME, y conservar una copia para sus propios archivos.

Yo/nosotros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(nombre) (clasificación, título de trabajo)

empleado(s) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(campus, centro médico) (turno) (departamento/unidad)

por la presente me opongo a la asignación de trabajo que me dio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a las\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(nombre del supervisor) (hora) (fecha)

Me opongo debido a que: (marque cada objeción aplicable)

* no me dieron la orientación adecuada para trabajar en la unidad/zona de trabajo
* no me dieron la capacitación adecuada o no tengo la experiencia suficiente para la zona asignada
* no tengo el apoyo de una dotación suficiente de personal
  + falta de personal
  + se agregaron nuevos pacientes sin el personal suficiente
  + dotación de personal de servicio de registro/temporal/de agencia
* no me dieron el Equipo de Protección Personal (PPE) adecuado
* me dieron una asignación que pone en riesgo la salud o la seguridad de mis pacientes
* me dieron una asignación que pone en riesgo mi salud o mi seguridad
* otro motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(favor de detallar)

Condiciones de trabajo:

* descansos saltados
* me obligaron a trabajar más allá de mi horario programado

**Acepto esta asignación solamente porque me han instruido que debo hacerlo, a pesar de mis objeciones.**

Declaración breve del problema que incluye la forma en que afectará adversamente la atención a los pacientes o la calidad de servicios y cómo estas condiciones han creado condiciones de trabajo peligrosas o descansos saltados:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acciones Tomadas Por El Empleado:

* Notificó al supervisor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nombre) (hora) (fecha)

* Respuesta del supervisor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**www.afscme3299.org • 888-856-3299**

debe darle una copia a su supervisor, una copia a su organizador de unión / líder de MAT, y conservar una copia para usted