

CERTIFICACION DEL CODIGO DE CONDUCTA

PROVEEDOR/EMPLEADO/VOLUNTARIO

Formulario: 5-3

Fecha de esta versión: 5/2024

Instrucciones

Este formulario acompaña al Código de Conducta del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Este formulario debe ser firmado por todos los proveedores, empleados y voluntarios en el Departamento de Salud y Servicios Humanos y en los programas de la División de Servicios para Personas con Discapacidades, una vez al año.

Reconocimiento y Firmas

Yo he leído y he sido provisto de una copia para uso personal del Código de Conducta del Proveedor del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Yo entiendo las expectativas enlistadas en el Código de Conducta, y me esforzaré de buena fe para cumplir con las provisiones en este aspecto. Cualquier pregunta o clarificación del Código de Conducta han sido presentadas y contestadas satisfactoriamente.

EMPLEADO

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre completo: _____

EMPLEADOR

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Nombre del Programa: _____

Dirección: Incluya la ciudad, el estado, y el código postal.