



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 *