

BZ-Resources

ACUERDO DE RENUNCIA AL PERÍODO DE COMIDA

Nombre del Empleado (por favor imprima): _____

Yo entiendo que la ley de California me provee períodos de descanso de comida sin paga como se indica a continuación. También yo entiendo que la Ley de California me permite a mí y a mi empleador el derecho de mutuamente acordar a renunciar al período de comida en ciertas situaciones, como se indica abajo. Por lo tanto, yo estoy de acuerdo a renunciar a períodos de descanso de comida de la siguiente manera:

Primer Período de Comida:

- Yo comprendo que tengo derecho a un descanso de comida sin paga de por lo menos treinta (30) minutos por cada cinco (5) horas de tiempo trabajadas. Sin embargo, yo puedo renunciar al periodo de descanso de comida cuando el trabajo de mi día total se completará dentro de un período de trabajo de no más de seis (6) horas.
- Por lo tanto, estoy de acuerdo en renunciar al período de la comida siempre y cuando que el trabajo de mi día total se complete dentro de un período de trabajo de no más de seis (6) horas.

Segundo Período de Comida:

- Yo comprendo que tengo derecho a un segundo período de descanso de comida sin paga de por lo menos treinta (30) minutos si trabajo más de diez (10) horas durante un día de trabajo. Sin embargo, yo entiendo que yo puedo renunciar el segundo período de comida cuando el trabajo de mi día total se completará dentro de un período de trabajo de no más de doce (12) horas, y no he renunciado al primer período de comida.
- Por lo tanto, estoy de acuerdo en renunciar al segundo período de la comida siempre y cuando que el trabajo de mi día total se completará dentro de un período de trabajo de no más de doce (12) horas, y no he renunciado al primer período de comida.
- Entiendo que esto significa que los días en que mi total día de trabajo se completará en más de diez (10) horas, pero menos de doce (12) horas, estoy renunciando a mi segundo período de descanso de comida sin paga, pero que tengo que tomar mi primer período de comida en esos días.

Yo estoy de acuerdo en firmar este acuerdo por mi propia decisión y voluntariamente. Yo entiendo que este acuerdo puede ser anulado por escrito por mi o BZ-Resources. En cualquier momento.

=====

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante de Recursos Humanos (por favor Imprima): _____

Firma del Representante de Recursos Humanos: _____

Fecha: _____