

ESTADO DE NEVADA
Departamento de Comercio e Industria
División de Relaciones Laborales
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional

**SOLICITUD AL ADMINISTRADOR DE UNA EXENCIÓN PERMANENTE DE UNA NORMA DE LA LEY DE
SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DE NEVADA**

EMPLEADORES: Después de completar esta solicitud, deben hacer lo siguiente:

1. Entregarla personalmente o enviarla por correo postal a la dirección: Chief Administrative Officer
Occupational Safety and Health Administration
2300 West Sahara Avenue, Suite 300
Las Vegas, NV 89102
Teléfono: (702) 486-9020, Fax: (702) 990-0358
2. Poner una copia de esta solicitud en los tableros de anuncios para que los empleados puedan verla.
3. Darle una copia al representante de los trabajadores.

TENGA EN CUENTA QUE EL REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES TAMBIÉN DEBE FIRMAR ESTA SOLICITUD EN LA PÁGINA 2, DONDE SE INDICA

1. Nombre del empleador (solicitante) _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

2. Indique la dirección de cada lugar de trabajo para el que solicita la exención permanente:

3. Identifique la norma de seguridad y salud específica por la que solicita la exención permanente.

4. Describa las condiciones, las prácticas, los medios, los métodos, las operaciones o los procesos que utiliza o propone utilizar para ofrecerles a sus empleados puestos y lugares de trabajo *seguros y saludables* como los que predominarían si usted (el empleador) cumpliera con la norma de seguridad y salud:

5. Indique cómo las condiciones, las prácticas, los medios, los métodos, las operaciones o los procesos utilizados o propuestos les ofrecerán a sus empleados un puesto y un lugar de trabajo *seguros y saludables* como los que se exigen conforme a la norma para la que se solicita la exención permanente:

6. Describa cómo se les comunicó a sus empleados su derecho a solicitarle al administrador de la División de Relaciones Laborales una audiencia en relación con esta solicitud:

Por el presente, el EMPLEADOR certifica que les informó a sus empleados de esta solicitud mediante la entrega de una copia al representante autorizado de los empleados, así como mediante la publicación de una copia del texto o de un resumen de la solicitud en cada uno de los lugares en los que el empleador normalmente publica avisos para sus empleados.

_____ Firma del empleador (o del representante del empleador)	_____ Fecha
--	----------------

REPRESENTANTE DEL EMPLEADO: Reconozco que se me ha designado para representar a los trabajadores en la presentación de esta solicitud de exención permanente y que he leído y comprendo su contenido. (Tenga en cuenta que no se aceptarán firmas de ningún empleado supervisor o directivo en esta sección).

Nombre, cargo y dirección (EN LETRAS DE IMPRENTA):

_____ Firma del representante del empleado	_____ Fecha
---	----------------

NOTA: LOS EMPLEADOS QUE SE VEAN PERJUDICADOS PUEDEN SOLICITAR UNA AUDIENCIA EN RELACIÓN CON ESTA SOLICITUD DE EXENCIÓN PERMANENTE Y TIENEN LA POSIBILIDAD DE PARTICIPAR EN ELLA. LOS EMPLEADOS TAMBIÉN PUEDEN PRESENTAR COMENTARIOS POR ESCRITO ANTE EL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DE LA DIVISIÓN DE RELACIONES LABORALES.