



ACKNOWLEDGMENT OF URINE TESTING TIME REQUIREMENTS
RECONOCIMIENTO DE REQUISITOS DE TIEMPO PARA PRUEBAS DE ORINA

Reason for test/Razón por la prueba Date/Fecha

Name/Nombre DOC number/No. DOC Unit/Unidad Cell/Celda

Per DOC 420.380 Drug/Alcohol Testing, you are subject to drug/alcohol testing. You have one hour from the start time indicated to produce a sample. You have a right to refuse. If you refuse or fail to provide a sample in one hour, you will be subject to a serious violation per WAC 137-25-030.

De acuerdo con la política DOC 420.380 Pruebas de Drogas/Alcohol, usted tiene que someterse a pruebas de drogas/alcohol. Usted tiene una hora a partir de la hora de inicio indicada para producir una muestra. Usted tiene el derecho de rehusar a hacerlo. Si usted se niega a hacerlo o no produce una muestra en una hora, estará sujeto a una violación grave de acuerdo al WAC 137-25-030.

Refusal to sign will not delay the start time indicated and will not dismiss you from disciplinary action.

El rehusarse a firmar este formulario no demorará la hora de inicio indicada y no lo descartara de recibir una acción disciplinaria.

Start time/Hora de inicio: End time/Hora de terminó:

Expiration date of test/Fecha de expiración de la prueba:

By signing below, I acknowledge that I am required to produce a urine sample within one hour of the start time indicated above.

Con mi firma al calce, reconozco que se me requiere producir una muestra de orina dentro de una hora de la hora de inicio indicada en la parte superior.

Name/Nombre Signature/Firma Date/Fecha

Employee/Contract staff Empleado/Personal de contrato Signature/Firma Date/Fecha

Witness/Testigo Signature/Firma Date/Fecha

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.

El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: ORIGINAL - Imaging File COPY - Drug Testing Coordinator, Individual Tested, Hearing File