**JOB DESCRIPTION / ESSENTIAL FUNCTIONS JOB TITLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

The following are physical requirements pertaining to the job for which you have applied. These physical requirements are essential functions of the job and are in addition to the skills, certification, and years of experience or other qualifications required to perform the job(s) for which you have applied.

Once a conditional job offer is made, please be aware all persons may be required to furnish health condition information and, if necessary, submit to an examination by a company-designated physician. This information will be used to determine appropriate job placement. It shall not be used to disqualify an otherwise qualified person who may have a mental or physical disability.

Note: Only those essential functions relevant to the job(s) for which you have applied will be checked below. Are you able to perform the tasks or functions that are checked ( √ )?

🗹 Work around dust and wear a respirator if required?……………………….……….…..…….…………………….. Yes No

🗹 Work at and view a video display terminal for an eight hour or more shift?……………..…...…………… Yes No

🗹 Stand for long periods of time during your shift?…………………….…….…………….….…………………………. Yes No

🗹 Grip, grasp, and twist using your hands and wrists?………….……….………………….….……………………….. Yes No

🗹 Lift and /or carry up to 25 lb. regularly during your shift?……………..…………………..……….................. Yes No

🗹 Climb stairs with loads up to 25 lb. during your shift?……….……………………………..…….………………….. Yes No

🗹 Wear proper safety equipment – hardhat, goggles, glasses, respirators, steel-toe boots, etc? ….. Yes No

🗹 Reach over your head with 10 – 25 lb. loads regularly during your shift, if required?………............ Yes No

🗹 Understand hazard communication and safety information?………..……………….….….….…...…....……. Yes No

🗹 Are you physically able to type or work at a keyboard or typewriter most of the day, if required? Yes No

🗹 Other/additional essential functions?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yes No

*Circle One*: Based on the information discussed and/or received, I feel as though I **[CAN] or [CANNOT]** perform the essential functions of the job we’ve discussed.

\*If you cannot perform one or more of the job requirements noted above, and you feel we can modify any part of the job and/or schedule to enable you to do the work, please explain in the space below.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

By signing below, employee certifies they reviewed a summary or had explained to them the functions of the job noted on this questionnaire. (Due to various marginal functions of most jobs, a comprehensive description of all duties to be performed is not possible.) The company reserves the right to assign duties not previously described or explained. Should you have a reason why you are unable to perform a certain job function, it is your responsibility to report it to your supervisor. The company reserves the right to modify job descriptions in the future, with or without notice to the individuals affected by the job modification.

By signing below, the employee is certifying the accuracy of his/her statements and acknowledging any false statements or omissions will make the employee subject to discharge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Employee’s Full Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employee’s Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Company Representative Date

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO / FUNCIONES ESENCIALES TÍTULO DE TRABAJO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lo siguiente son requisitos físicos relacionados con el trabajo que ha solicitado. Estos requisitos físicos son funciones esenciales del trabajo y son en adición a las habilidades, la certificación y los años de experiencia u otras calificaciones requeridas para realizar el trabajo(s) que ha solicitado.

Después que se hace una oferta de trabajo condicional, tenga en cuenta que todas las personas pueden estar obligadas a proporcionar información sobre el estado de salud y, si es necesario, someterse a un examen con un médico designado por la compañía. Esta información se utilizará para determinar la colocación laboral adecuada. No se utilizará para descalificar a una persona calificada que pueda tener una discapacidad mental o física.

Nota: Solo las funciones esenciales relevantes para los trabajos para los que ha solicitado están marcadas a continuación. ¿Puede realizar las tareas o funciones que están marcadas ( √ )?

🗹 ¿Trabaja alrededor del polvo y usar un respirador si es necesario?…………………………………………….….. Sí No

🗹 ¿Trabajar y ver una terminal de visualización de video durante un turno de ocho horas o más?….… Sí No

🗹 ¿Estar de pie durante largos períodos de tiempo durante su turno?…….…….…………….….…………….…. Sí No

🗹 ¿Agarrar y girar con las manos y las muñecas?……………………………..……………….….………………….……….. Sí No

🗹 Lift and /or carry up to 25 lb. regularly during your shift?……………..…………………..………...................... Sí No

🗹 ¿Subir escaleras con cargas de hasta 25 lb durante su turno?………..………………..…….……………….……... Sí No

🗹 Usar el equipo de seguridad adecuado: casco, gafas, respiradores, botas con punta de acero, etc…. Sí No

🗹 Alcanzar sobre su cabeza con cargas de 10-25 libras regularmente durante su turno, si es necesario... Sí No

🗹 ¿Comprender comunicación de riesgos y la información de seguridad?………..………………….…...…....……. Sí No

🗹 ¿Es físicamente capaz de escribir o trabajar en un teclado o máquina de escribir la mayor parte del Sí No

día, si es necesario?

🗹 ¿Otras funciones esenciales o adicionales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí No

*Circule Uno*: Basado en la información discutida y / o recibida, siento que **[PUEDO]** o **[NO PUEDO]** realizar las funciones esenciales del trabajo que hemos discutido.

\* Si no puede realizar uno o más de los requisitos de trabajo mencionados anteriormente, y cree que podemos modificar cualquier parte del trabajo y/o horario para permitirle hacer el trabajo, explique en el espacio a continuación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, el empleado certifica que revisó un resumen o le explicaron las funciones del trabajo anotadas en este cuestionario. (Debido a varias funciones marginales de la mayoría de los trabajos, no es posible una descripción exhaustiva de todos los deberes que se realizarán). La empresa reserva el derecho de asignar deberes no descritos o explicados anteriormente. Si tiene un motivo por el que no puede realizar una determinada función laboral, es su responsabilidad informar a su supervisor. La compañía reserva el derecho de modificar las descripciones del trabajo en el futuro, con o sin previo aviso a las personas afectadas por la modificación del trabajo.

Al firmar a continuación, el empleado está certificando la exactitud de sus declaraciones y reconociendo cualquier declaración u omisión falsa hará que el empleado sea despedido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre completo del empleado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante de la compañía Fecha