

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Division of Labor Standards
Harriman State Office Campus
Albany, NY 12226
www.labor.ny.gov

Wyrażenie zgody rodzica/opiekuna

Oświadczam, że jestem rodzicem lub opiekunem:

Pełne imię i nazwisko osoby niepełnoletniej

Data urodzenia osoby niepełnoletniej

Numer ubezpieczenia społecznego osoby niepełnoletniej

Adres – włączając miasto i kod pocztowy

Zgodnie z paragrafem 143.1 (e)(f) Prawa Pracy stanu Nowy Jork odnoszącym się do zatrudnienia osób w wieku 16 i 17 lat, przyznano pozwolenie na zatrudnienie wyżej wymienionej osoby niepełnoletniej, w godzinach 22:00 do 24:00, nieprzekraczające 28 godzin w tygodniu w trakcie roku szkolnego, w następującym miejscu prowadzenia działalności:

Nazwa firmy

Nr FEIN

Federalny numer identyfikacyjny pracodawcy

Adres, w którym osoba niepełnoletnia będzie zatrudniona – włączając miasto i kod pocztowy

Rozumiem, że niniejsza zgoda pozostaje ważna aż do czasu przedstawienia pracodawcy pisemnego oświadczenia o jej wycofaniu.

Podpis rodzica lub opiekuna

Data

Oświadczenie pod przysięgą złożono w mojej obecności _____ dnia
_____, 20 _____

Podpis – pieczęć notariusza

UWAGA DO PRACODAWCY

- 1- Niniejsza zgoda musi być przechowywana w miejscu zatrudnienia i przedstawiona na żądanie przedstawicielowi Wydziału pracy. Niespełnienie tego wymagania w czasie kontroli będzie uznawane jako dowód bez zagłębiania się w sprawę naruszenia paragrafu 143, gdzie osoby w wieku 16 i 17 lat są zatrudnione w roku szkolnym, w godzinach pomiędzy 22:00 a 24:00.
- 2- Jeśli jest stosowany od niedzieli do czwartku, niniejszy formularz zgody musi zostać uzupełniony o świadectwo satysfakcjonujących wyników w nauce na zakończenie każdego okresu wystawiania ocen przez szkołę osoby niepełnoletniej.