

[PAPEL TIMBRADO DE LA EMPRESA]

A: Departamento de Salud de Puerto Rico

CERTIFICACIÓN

La presente Certifica que [INSERTE EL NOMBRE DEL EMPLEADO(A) AQUÍ] es empleado activo de nuestra empresa, parte del grupo de restaurantes.

Y para que así conste, firmo la presente hoy [inserte fecha]

Atentamente,

[FIRMA]

[Nombre del supervisor o gerente que firma]

[Posición que ocupa]

Nota: Esta carta tiene una validez de diez (10) días a partir de la fecha en que se firmó.