



INTERMOUNTAIN NUTRITION

FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN DE EMPLEADO

● = requerido

● FECHA: _____

● TU NOMBRE: _____

● TU NÚMERO DE CONTACTO: _____

● NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE REFIERES: _____

● DEPARTAMENTO EN EL QUE ÉL/ELLA
ESTÁ APLICANDO: _____

● **IMPORTANTE**

EL EMPLEADO QUE REFIRIÓ AL NUEVO EMPLEADO RECIBIRÁ UN BONO DE \$100.00 PARA PUESTOS DE NIVEL DE ENTRADA. UN BONO DE \$300.00 PARA OPERADORES DE MÁQUINAS Y SUPERVISORES. **EL EMPLEADO REFERIDO DEBE TRABAJAR DURANTE 90 DÍAS ANTES DE QUE EL EMPLEADO RECIBA EL BONO.**

ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER LLENADO Y ENTREGADO A RECURSOS HUMANOS ANTES DE QUE EL NUEVO EMPLEADO HAYA TENIDO UNA ENTREVISTA Y HAYA SIDO CONTRATADO.

ENTIENDO EL PROGRAMA DE REFERIDOS DE EMPLEADOS DE INTERMOUNTAIN NUTRITION. **ENTIENDO QUE MI REFERIDO NECESITARÁ TRABAJAR DURANTE 90 DÍAS ANTES DE PODER CALIFICAR PARA EL BONO.**

● FIRMA DEL EMPLEADO: _____

CONTÁCTENOS SI TIENE ALGUNA DUDA O CONSULTA