

Condados de Taylor, Callahan, Coleman
Departamento de Supervisión Comunitaria y Departamento Correccional

Documento de Verificación de Empleo

Nombre del Acusado (escriba): _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre del Supervisor y Número de Teléfono: _____

Horario de trabajo para la semana de _____

	Entrar	Salir	Entrar	Salir
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				

Certifico que lo mencionado anteriormente es cierto y correcto.

Firma del acusado

Fecha

Certifico que lo mencionado anteriormente es cierto y correcto.

Firma del empleador

Fecha