



# Drug Tests, Flu Shots and Tuberculosis Tests

## Corporate Work Study Program Authorization Release Form

I understand that as a requirement of participation in the Providence Cristo Rey Corporate Work Study Program, (hereinafter "PCR CWSP"), and specifically my job duties as a contract employee of a PCR CWSP corporate partner who requires all employees to pass a drug screen test for illegal drugs, who requires all employees to pass a tuberculosis test as a condition of employment, or who requires all employees to get a flu shot as a condition of employment,

- I will allow my son/daughter to be administered a drug screening test, tuberculosis test, and/or flu shot.
- I will NOT allow my son/daughter to be administered a drug screening test, tuberculosis test, and/or flu shot.

I further consent to the results of any such test(s) being released to the representatives of the PCR CWSP, and I understand that I am legally authorized to receive a copy of this consent form if requested. The test results will not be released to any additional parties without my written authorization, except that I acknowledge that PCR CWSP, agents of PCR CWSP, and the testing laboratory will have access to the test results and may disclose such results to their attorney in connection with workers' compensation proceedings, and may use the test results when relevant to its defense in other civil or administrative matters.

I release the representatives of Providence Cristo Rey High School, the PCR CWSP, and any testing facility personnel and/or lab personnel from any liability and/or responsibility with regard to the administration of said drug screening, tuberculosis testing or flu shot.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Printed Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Student Signature \_\_\_\_\_

Student Printed Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Exámenes de Drogas, Vacunas contra la gripe y Exámenes de Tuberculosis

## Formulario de autorización de liberación del Programa de Trabajo corporativo

Entiendo que, como un requisito de participación en el Programa de Trabajo corporativo de Providence Cristo Rey, (de aquí en adelante "PCR CWSP"), y específicamente mis obligaciones como empleado contratado de un socio corporativo de PCR CWSP que requiere a todos los empleados tomar y pasar un examen de drogas para drogas ilegales, que requiere a todos los empleados hacerse un examen de tuberculosis como condición de empleo, o que requiera a todos los empleados vacunarse contra la gripe como condición de empleo,

- Permitiré** a mi hijo/hija ser administrado/a un examen de drogas, un examen de tuberculosis y/o recibir una vacuna contra la gripe.
- No permitiré** que mi hijo/hija sea administrado/a un examen de drogas, un examen de tuberculosis y/o recibir una vacuna contra la gripe.

Yo, además, consiento que los resultados de estos exámenes puedan ser compartidos con los representantes de PCT CWSP y entiendo que soy legalmente autorizada para recibir una copia de esta forma de consentimiento si lo solicito. Los resultados no serán compartidos con otros partidos sin mi autorización escrita, excepto que es entendido que PCR CWSP, agentes de PCR CWSP y el laboratorio de exámenes tendrán acceso a los resultados y podrán compartir tales resultados con sus abogados en conexión con los procedimientos de la compensación de trabajadores, y también pueden usar los resultados si sean relevantes en defensa de otros asuntos civiles y administrativos.

Yo libero a los representantes de Providence Cristo Rey High School, el PCR CWSP, y cualquier laboratorio de exámenes y/o personal de laboratorio de responsabilidad con respecto a la administración de exámenes de drogas, exámenes de tuberculosis o vacunas contra la gripe mencionados.

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_