



**FLEETWIDE**

**INSERT COMPANY NAME HERE**

## **POLÍTICA DE COMBUSTIBLE DEL CONDUCTOR**

A los empleados autorizados para cargar combustibles a vehículos de la compañía se les emite un número de identificación del conductor (DIN) de cinco (5) dígitos para su uso en las tarjetas CFN FleetWide de la compañía. Este documento es para verificar que usted entiende sus responsabilidades y las políticas de la compañía respecto a su DIN.

### Declaración de aceptación del empleado

1. Se me ha designado un DIN, que me autoriza a cargar combustible solamente a vehículos de la compañía, usando las tarjetas CFN FleetWide de la compañía.
2. Entiendo que mi DIN me identifica por nombre en un informe semanal de carga de combustible y que soy responsable por todas las transacciones hechas con mi DIN. Por lo tanto, no compartiré mi DIN con nadie. Si creo que alguien más sabe mi DIN, notificaré de inmediato a mi supervisor o administrador de la flota.
3. Entiendo que las tarjetas CFN FleetWide no deben usarse en vehículos personales o para propósitos no comerciales. Usar las tarjetas CFN FleetWide de la compañía para cualquier otro motivo que no sean asuntos oficiales se considerará como robo de la propiedad de la compañía.
4. Entiendo que cada vez que uso mi tarjeta CFN FleetWide tengo la obligación de llenar por completo el tanque del vehículo e ingresar correctamente la lectura del odómetro. Esto le permitirá a la compañía monitorear el uso de combustible y llevar un registro de los intervalos de mantenimiento. Si yo no hago esto puede haber sanciones disciplinarias.
5. Entiendo que cada tarjeta CFN FleetWide está asignada a un vehículo particular de la compañía o a un propósito específico de recarga de combustible (por ejemplo, tarjeta de combustible para todoterrenos). Mi DIN funciona con cualquier tarjeta CFN FleetWide emitida por la compañía. Entiendo que va en contra de la política de la compañía cambiar o compartir tarjetas entre vehículos o usar cualquier tarjeta para otra cosa que no sea su propósito.

Como lo indica mi firma a continuación, yo entiendo y acepto las declaraciones anteriores.

Nombre del empleado: (Imprenta) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_