

Carlos Albizu University
Universidad Carlos Albizu

Annual Drugs, Alcohol and Tobacco Policy Certification and Disclosure Form
Formulario de Certificación y Divulgación Anual de la Política sobre Drogas, Alcohol y Tabaco

Date: _____

Fecha:

Name: _____

Nombre:

Position: _____

(Trustee, President of the University, director, employee, staff, faculty member, student)

Certification
Certificación

By signing the form below, I certify that:

Al firmar esta declaración, certifico lo siguiente:

1. I have received a copy of the Institutional Policy of Drugs, Alcohol and Tobacco.
1. He recibido una copia de la Política Institucional sobre Drogas, Alcohol y Tabaco.
2. I have read and understood the policy.
2. He leído y entendido la política.
3. I agree to comply with this policy.
3. Me comprometo al cumplimiento con dicha política.

Signature: _____

Firma:

Date: _____

Fecha: _____