

# DAILY ATTENDANCE & DELIVERY LOG

– USE ADDITIONAL SHEETS AS REQUIRED –



JOBSITE NAME

SUBCONTRACTOR NAME

DATE

Only workforce critical attendance is permitted at any Snyder Langston jobsite. We will periodically update the company's health and safety guidelines and protocols based on current recommendations from the CDC and governing authorities.

**COVID-19 CHECKLIST: IF YOU SAY YES TO ANY OF THE BELOW, YOU ARE NOT ALLOWED ON THE JOBSITE:**

- I have experienced cold or flu-like symptoms in the last 14 days (fever, cough, sore throat, respiratory illness, difficulty breathing).
- I have returned from countries listed on the CDC.GOV LEVEL 3 WATCHLIST within the last 14 days, or been in close contact with someone who has traveled to those countries in the last 14 days.
- I have had close contact with or cared for someone who has symptoms or a diagnosis of COVID-19.

**BY CHECKING THE BOX, THE EMPLOYEE/EMPLOYER CERTIFIES THAT NONE OF THE STATEMENTS ON THE ABOVE CHECKLIST APPLIES AND THEY ARE NOT FEELING ILL.**

FIRST NAME	LAST NAME	CHECK THE BOX
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
		<input type="checkbox"/> YES, I CERTIFY THAT <u>NONE</u> OF THE COVID-19 CHECKLIST ITEMS APPLY TO ME
SUBTIER CONTRACTORS	SUBTIER NAME(S)	<b>PROVIDE &amp; ATTACH SEPARATE FORM(S)</b>
DELIVERIES	DELIVERY NAME(S)	<b>PROVIDE &amp; ATTACH SEPARATE FORM(S)</b>

Trade Contractor shall submit this form DAILY and PRIOR to the Start of Work to the Snyder Langston COVID-19 Supervisor or the designated Snyder Langston person.

Trade Contractor shall submit to Snyder Langston a Job Hazard Analysis (JHA) 24 hours in advance, IF they have a work activity that CANNOT comply with Cal OSHA regulations and CDC guidelines.

# ASISTENCIA DIARIA Y REGISTRO DE ENTREGA

— UTILICE HOJAS ADICIONALES COMO SE REQUIERE —



NOMBRE DEL TRABAJO

NOMBRE DE SUBCONTRACTORES

FECHA

SOLO LA ASISTENCIA CRÍTICA DE LA FUERZA LABORAL SE PERMITE EN CUALQUIER SITIO DEL TRABAJO DE SNYDER LANGSTON. ACTUALIZAREMOS PERIÓDICAMENTE LAS DIRECTRICES Y PROTOCOLOS DE SALUD Y SEGURIDAD DE LA COMPAÑÍA BASADOS EN LAS RECOMENDACIONES CORRECTAS DE LOS CDC Y LAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES.

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19: SI DICES SÍ A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTE, NO SE PERMITE EN EL SITIO DE TRABAJO:**

- He experimentado síntomas de resfriado o gripe en los últimos 14 días (fiebre, tos, dolor de garganta, enfermedades respiratorias, dificultad para respirar).
- He regresado de los países que figuran en la LISTA DE VIGILANCIA DE NIVEL 3 DE CDC.GOV en los últimos 14 días, o he estado en contacto cercano con alguien que ha viajado a esos países en los últimos 14 días.
- He tenido contacto cercano o cuidado con alguien que tiene síntomas o un diagnóstico de COVID-19.

**AL VERIFICAR LA CAJA, EL EMPLEADO / EMPLEADOR CERTIFICA QUE NINGUNA DE LAS DECLARACIONES DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN ANTERIOR SE APLICA Y NO SIENTEN ENFERMEDAD.**

NOMBRE DE PILA	APELLIDO	MARCA LA CASILLA
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
		<input type="checkbox"/> SÍ, CERTIFICO QUE NO SE APLICAN LOS ARTÍCULOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE COVID 19
CONTRATISTAS DE SUB NIVEL	NOBRE DE SUB NIVELES	<b>PROPORCIONAR Y ADJUNTAR FORMAS SEPARADAS</b>
ENTREGAS	NOMBRES DE ENTREGA	<b>PROPORCIONAR Y ADJUNTAR FORMAS SEPARADAS</b>

El Contratista de Comercio deberá presentar este formulario DIARIAMENTE y ANTES del Comienzo de los Trabajos al Supervisor COVID-19 de Snyder Langston o la persona de Snyder Langston despedida.

El Contratista Comercial presentara a Snyder Langston un Análisis de Riesgos Laborales (JHA) con 24 horas de anticipación, Si tienen una actividad laboral que NO PUEDE cumplir con las regulaciones de Cal OSHA y las pautas de los CDC.