



**Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667**

**FORMULARIO I-9
FORM I-9**

**AVISO DE RETIRO DE ELECCIÓN VOLUNTARIA DE EMPLEADOR EXENTO
NOTICE OF WITHDRAWAL OF AN EXEMPT EMPLOYER'S VOLUNTARY ELECTION**

**Por el presente se da aviso de que
Notice is hereby given that**

_____ FEIN
Nombre del Empleador en letra de molde (Printed Employer Name)

_____ Código Postal
Dirección de Empresa Ciudad Estado Zip
Business Address City State

desea retirar su elección voluntaria para cumplir con las provisiones del Acta de Compensación a Trabajadores de Tennessee.

wishes to withdraw its voluntary election to come under the provisions of the Tennessee Workers' Compensation Act.

Si este formulario se presenta a nombre de un condado o corporación municipal, por favor indique el departamento o división cubierto por este formulario: _____

If this form is being submitted on behalf of a county or municipal corporation, please indicate the department or division covered by this form: _____

_____ Número de Teléfono
Nombre del Representante del Empleador en letra de molde Título Phone #
Printed Employer Representative Name Title

_____ Fecha
Firma Date
Signature

Dirección de Correo de Empresa
Business Mailing Address

Dirección de Calle de Empresa, (si es diferente al de arriba)
Business Street Address (if different from above)

Ciudad
City

Estado
State

Código Postal
ZIP