

DIÓCESIS DE FALL RIVER ~ Oficina de Ambiente Seguro

450 Highland Avenue, P.O. Box 2577, Fall River, Massachusetts 02722

TEL – (508) 675-1311 ~ FAX – (888) 505-1605

INFORMACIÓN DEL REGISTRO DEL DELINCUENTE CRIMINAL (CORI)
FOMULARIO DE RECONOCIMIENTO

La Diócesis de Fall River está registrada bajo las disposiciones M.G.L., C6, y Sec. 172H para recibir CORI con el propósito de evaluar a los posibles empleados, subcontratistas o voluntarios actuales y cualificados. Como empleado, subcontratista o voluntario actual o potencia para la posición, por favor marque una de las siguientes:

- Sacerdote Diácono Seminarista Personal pagado de la parroquia Cancillería
Educador Personal de la escuela Voluntario de la escuela Contratista Voluntario parroquial

Comprendo que se enviará un chequeo de CORI para mi información personal al Departamento de Servicios de Información de Justicia Criminal (DCJIS). Por la presente reconozco y otorgo permiso a la Diócesis de Fall River (DIOCFR) para presentar un chequeo de CORI para mi información al DCJIS. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento al proporcionar el aviso por escrito de DIOCFR de mi intento de retirar el consentimiento a un chequeo de CORI. El DIOCFR puede realizar los siguientes controles de CORI dentro de un año a partir de la fecha en que este formulario fue firmado por mí, sin embargo, el DIOCFR debe proporcionarme primero un aviso por escrito de este chequeo. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para un chequeo de CORI y reconozco que la información proporcionada en este Formulario de acuse de recibo es verdadera y precisa.

Organización: _____ Ciudad o Pueblo: _____
(Indique nombre de la parroquia, Escuela u Organización)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor escriba claramente)

_____, _____, _____, _____
*APELLIDO *PRIMER NOMBRE Inicial del Segundo ALIAS

_____, _____, _____
NOMBRE DE SOLTERA NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE LUGAR DE NACIMIENTO

*ÚLTIMOS SEIS DÍGITOS SEGURO SOCIAL # ____-_____, *Día de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Por favor proporcione las direcciones de los últimos diez (10) años a partir de la fecha de esta solicitud.

DIRECCIÓN ACTUAL: _____, Años vividos: _____
Calle, Pueblo o Ciudad y Código Postal

DIRECCIÓN ANTERIOR: _____, Años vividos: _____
Calle, Pueblo o Ciudad y Código Postal
(Si lo necesita, favor utilizar una hoja en blanco para direcciones adicionales y envíelo junto a esta solicitud.)

INCLUYA UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA O UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO VÁLIDA (REQUERIDO POR LEY)

**** Para ser completado por el REPRESENTANTE DE LA DIÓCESIS verificación del solicitante. ****

FORMA DE IDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA: _____ AUTORIDAD EMISORA: _____
(Debe ser una identificación con foto emitida por el gobierno) (i.e. Estado)

Fecha de Expiración: _____ ID# _____ Altura: _____ Sexo: M__F__

CERTIFICACIÓN: Doy fe, bajo pena de perjurio, que he examinado la documentación(es) presenta por la persona mencionada anteriormente.

Nombre y posición en molde del empleado verificador
(Revisado el 27 de Junio, 2018 OSE ~ *obligatorio)

Firma del Empleado Verificador

Fecha