



**DIÓCESIS DE FALL RIVER  
Oficina de Ambiente Seguro**

450 Highland Avenue, Fall River, Massachusetts 02720

TEL. (508) 675-1311 ~ FAX (888) 505-1605 ~ CORREO ELECTRÓNICO: osehancery@dioc-fr.org

**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO PENAL DE DELINCUENTES (CORI)**

La Diócesis de Fall River está registrada bajo las disposiciones de M.G.L., Ch. 6, sec. 172 para recibir CORI con el fin de la detección de empleados, subcontratistas o voluntarios actuales y calificados que han cometido un crimen. Como empleado potencial o actual, subcontratista o voluntario, entiendo que se enviará un chequeo CORI con mi información personal al DCJIS. Por la presente reconozco y otorgo permiso a la Diócesis de Fall River para enviar un chequeo CORI con mi información al Departamento de Servicios de información de justicia penal. Esta autorización es válida por (1) un año a partir de la fecha de mi firma. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento proporcionando a la Diócesis de Fall River un aviso por escrito a la dirección anterior de mi intención de retirar mi consentimiento a un chequeo CORI. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para una verificación CORI y afirmo que la información proporcionada en este La forma es verdadera y precisa.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Empleado pagado (describa el puesto): \_\_\_\_\_

Subcontratista (describa el puesto): \_\_\_\_\_

Voluntario (describa el puesto): \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_ CIUDAD / PUEBLO: \_\_\_\_\_

(Indique el nombre de la parroquia, escuela o lugar de ministerio)

***POR FAVOR, ESCRIBE CON LETRA IMPRESA BIEN Y COMPLETE TODO***

*APELLIDO	*NOMBRE	INITIAL	APELLIDO DE SOLTERA
* APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE	* ÚLTIMOS SEIS DÍGITOS DE SEGURO SOCIAL		* ALIAS / NOMBRE ANTERIOR

\* FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AAAA)      \* LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/PUEBLO, ESTADO Y PAIS)

***Debe entregar información de la dirección de casa de los últimos diez (10) años.  
Si es necesario, utilice una hoja de papel separada y adjúntela a este formulario.***

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD / PUEBLO: \_\_\_\_\_, ESTADO: \_\_\_\_\_, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_, AÑOS VIVIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ANTERIOR: \_\_\_\_\_

CIUDAD / PUEBLO: \_\_\_\_\_, ESTADO: \_\_\_\_\_, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_, AÑOS VIVIDOS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**\*THIS FORM MUST BE ACCOMPANIED BY A VALID DRIVER'S LICENSE OR VALID GOVERNMENT PHOTO ID (REQUIRED BY LAW)**  
This section to be completed by the DIOCESAN REPRESENTATIVE verifying identification of the applicant.

FORM OF ID PRESENTED/ ISSUING AUTHORITY (i.e. State)	IDENTIFICATION #	ID EXPIRATION DATE
Printed Name & Position of Verifying Diocesan Employee	Signature of Verifying Diocesan Employee	Date