DIOCESE DE FALL RIVER
Escritório de Meio Ambiente Seguro
450 Highland Avenue, Fall River, Massachusetts 02720
TEL. (508) 675-1311 ~ FAX (888) 505-1605 ~ EMAIL: osechancery @ dioc-fr.org

FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO DE INFORMAÇÕES (CORI)

A Diocese de Fall River está registrada sob a provisão de MGL, cap. 6 seg. 172H para receber o CORI com a finalidade de avaliar possíveis funcionários, subcontratados ou voluntários atuais e qualificados de outra forma. Como um atual ou potencial empregado, subcontratado ou voluntário para a posição abaixo **locação de preenchimento na forma de acordo , assinar e submeter-se a um representante Diocesano.**Por meio deste, reconheço e concedo permissão à Diocese de Fall River (DIOCFR) para enviar uma verificação do CORI para minhas informações ao Departamento de Serviços de Informação da Justiça Criminal (DCJIS). Esta autorização é válida por (1) um ano a partir da data da minha assinatura. Eu posso retirar esta autorização a qualquer momento, fornecendo ao DIOCFR um aviso por escrito da minha intenção de retirar o consentimento para uma verificação CORI. Ao assinar abaixo, concordo com uma verificação do CORI e reconheço que as informações fornecidas neste Reconhecimento são verdadeiras e precisas.

Assinatura do requerente _____Data: _____

Funcionário pagos (Descrever a posicao): _____

Subcontratado (Descrever a posição): _ _____

Voluntário (Descrever a posição): _____

LOCAL : _____ CIDADE: _____
(Indique o nome da paróquia, escola ou local de ministério)

POR FAVOR, IMPRIMA CORRETAMENTE E COMPLETE TODOS

_____, _____, _____
*ÚLTIMO SOBRENOME IMPRIMIR * PRIMEIRO NOME SOBRENOME DE SOLTEIRA ANTERIOR

_____, _____ _____ / _____ _____ _____ _____, _____
* SOBRENOME DE SOLTERA DA MÃE * ÚLTIMOS **SEIS** DÍGITOS **APENAS** DE SEGURANÇA SOCIAL # * PSEUDONIMO/ANTIGO NOME

_____ _____
* DATA DE NASCIMENTO (MM / DD / AAAA) * LUGAR DE NASCIMENTO (CIDADE E ESTADO)

Você deve fornecer informações de endereço nos últimos dez (10) anos.
Se necessário, use uma folha de papel separada e anexe-a a este formulário.

ENDERECO DE RUA ATUAL: _____

CIDADE:_____, ESTADO:_____, CODIGO POSTAL:_____, ANOS VIVIDOS:_____

ENDERECO DE RUA ATUAL:_____,

CIDADE: _____ESTADO:_____, CODIGO POSTAL:_____, ANOS VIVIDOS:_____

EMAIL: _____, TELEFONO:_____

***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

OSE 07.2020 * REQUIRED FIELDS BY DCJIS; REMAINING FIELDS ARE REQUIRED BY THE DIOCESE OF FALL RIVER