



DIÓCESIS DE FALL RIVER - Oficina de Ambiente Seguro

450 Highland Avenue, Fall River, Massachusetts 02720

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE ANTECEDENTES PENALES (CORI)

La Diócesis de Fall River (DIOCFR) está registrada bajo las disposiciones de M.G.L., Ch. 6, sec. 172 para recibir CORI con el fin de detectar empleados, subcontratistas o voluntarios actuales y calificados que tengan antecedentes penales. Como posible o actual empleado, subcontratista o voluntario, entiendo que se someterá un chequeo CORI con mi información personal al Departamento de Servicios de Información de Justicia Penal DCJIS. Por la presente reconozco y otorgo permiso a la Diócesis de Fall River para solicitar un chequeo CORI con mi información al DCJIS. Esta autorización es válida por (1) un año a partir de la fecha de mi firma. Dicha autorización puede ser retirada en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a (DIOCFR) a la dirección arriba mencionada, informando 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 esta forma es verdadera y precisa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

PORFAVOR USE LETRA DE MOLDE Y ESCRIBA CLARAMENTE. TODOS LOS ESPACIOS MARCADOS CON UN (*) SON REQUERIDOS POR EL DCJIS, Y TODOS LOS OTROS SON REQUERIDOS POR LA DIOCFR. PORFAVOR USE SU NOMBRE LEGAL AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

_____, _____, _____, _____
*APELLIDO *NOMBRE INITIAL APELLIDO DE SOLTERA

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____

* FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AAAA)

TELÉFONO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/PUEBLO, ESTADO Y PAIS)

DEBE PROVEER INFORMACION DE LOS ULTIMOS DIEZ (10) AÑOS DE VIVIENDA / DIRECCION.

*DIRECCIÓN ACTUAL: _____

*CIUDAD / PUEBLO: _____, *ESTADO: _____, *CÓDIGO POSTAL: _____, *AÑOS VIVIDOS: _____

*DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

*CIUDAD / PUEBLO: _____, *ESTADO: _____, *CÓDIGO POSTAL: _____, *AÑOS VIVIDOS: _____

*DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

*CIUDAD / PUEBLO: _____, *ESTADO: _____, *CÓDIGO POSTAL: _____, *AÑOS VIVIDOS: _____

*DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

*CIUDAD / PUEBLO: _____, *ESTADO: _____, *CÓDIGO POSTAL: _____, *AÑOS VIVIDOS: _____

*DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

*CIUDAD / PUEBLO: _____, *ESTADO: _____, *CÓDIGO POSTAL: _____, *AÑOS VIVIDOS: _____

COMPLETARSE POR UN REPRESENTANTE DIOCESANO - A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE

NOMBRE DE SOLICITANTE: (Como aparece en la identificación): _____

LUGAR: _____ CIUDAD / PUEBLO: _____

NUEVA

RENOVACIÓN

Empleado pagado (describa el puesto): _____

Subcontratista (describa el puesto): _____

Voluntario (describa el puesto): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD OFICIAL CON FOTO - NO CADUCADO EXPEDIDO POR EL GOBIERNO

Nombre en letra de molde del empleado diocesano verificador

Firma del empleado diocesano verificador

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

UNA VEZ VALIDADO EL FORMULARIO, ENVÍELO POR CORREO ELECTRÓNICO A: OSEchancery@dioc-fr.org