

**IMPORTANTE!!**

**SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA**

**DE LA IDENTIFICACION**

**EMITIDA POR EL GOBIERNO**

**Escuelas Pública de Haverhill  
4 Summer Street  
Room 104  
Haverhill, MA 01830  
978-374-3400**

**IMPORTANTE!!**

**SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA**

**DE LA IDENTIFICACION**

**EMITIDA POR EL GOBIERNO**

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

Las Escuelas Públicas de Haverhill están registradas bajo las disposiciones de leyes generales de Massachusetts M.G.L. c.6 § 172 para recibir CORI (historial de antecedentes penales) con el propósito de selección de posibles empleados, subcontratistas, voluntarios, solicitantes de licencias, o licenciarios actuales.

Como empleado potencial o actual, subcontratista, voluntario, solicitantes de licencia o licenciarios actuales, entiendo que un CORI será enviado sobre mi información personal al Departamento de Servicios de Información de Justicia Criminal (DCJIS). Por la presente reconozco y doy permiso a las Escuelas Públicas de Haverhill para presentar un CORI para verificar mi información al DCJIS. La autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando a las Escuelas Públicas de Haverhill con aviso por escrito de mi intención de retirar consentimiento para un CORI. También entiendo que las Escuelas Públicas de Haverhill pueden realizar verificaciones CORI posteriores dentro de un año de la fecha de este formulario firmado por mi.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para una verificación de CORI y afirmo que la información proporcionada en este Formulario de Reconocimiento es verdadera y exacta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Sujeto a verificar antecedentes penales

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor marque uno: ( ) Empleado Actual ( ) Empleado Potencial ( ) Subcontratista ( ) Voluntario- escuela \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SUJETO- POR FAVOR DE IMPRIMIR**

Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr, Sr, Sra,etc): \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Antiguo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Últimos (6) Dígitos del Número de Seguro Social: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Pies: \_\_\_\_\_ Color de Ojos: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_ Estado de Emisión: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre Completo de la Madre: \_\_\_\_\_

La información anterior se verificó al revisar las siguientes formas de identificación fotográfica emitida por el gobierno:  
\_\_\_\_\_  
Verificada por: \_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del Empleado de RH                      Firma del Empleado de RH