IMPORTANTE!!

SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA en color 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 en color 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 bajos 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 licenciatarios actuales.

Como empleado potencial o actual, subcontratista, voluntario, solicitantes de licencia o licenciatarios 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 realisar 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- esquela _____

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:_____

Uso en oficina

This information contained above was verified by reviewing the following form of government issued photographic identification (circle cone): Driver's License Passport State ID Military ID

Verified by: _____ _____
Print Signature

School/Location: _____ Date: _____

Revisado 2.8.2024