

**Autorización para realizar la revisión de antecedentes**

**Diócesis Católica de Rockford**

**Proceso de respuesta de historial criminal**

**(CHIRP)**

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE ANTECEDENTE CRIMINAL

Por medio de la presente, doy mi consentimiento a la policía estatal para realizar una revisión de mi pasado judicial en todos los estados en los que he vivido o trabajado y autorizo a los representantes de la policía del Estado de Illinois para divulgar a \_\_\_\_\_ (nombre de la entidad diocesana) la información obtenida a través de esas investigaciones.

Entiendo que se requiere la fecha de nacimiento, el sexo y la raza con el único propósito de identificación para obtener la información más exacta y no será utilizada para fines discriminantes.

Use letra imprenta

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Otros nombres que he usado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

Género: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

(Indio americano o nativo de Alaska, asiática o de las islas del Pacífico, negro, blanco o desconocido).

Firma solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_