

Employee # _____



City of Lawrence
200 Common St
Lawrence, MA 01840
www.Cityoflawrence.com

Numero: 978-620-3290
Fax: 978-722-9230

Correo Electrónico: ElectionDivision@cityoflawrence.com

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES (CORI)

PARA SER UTILIZADO POR ORGANIZACIONES QUE REALIZAN VERIFICACIONES CORI PARA FINES DE EMPLEO, VOLUNTARIADO, SUBCONTRATISTA, LICENCIAS Y VIVIENDA

La Ciudad de Lawrence está registrada 1-mder las disposiciones de M.G.L., c. 6, s. 172 para recibir CORI con el propósito de seleccionar empleados potenciales actuales y calificados, subcontratistas, voluntarios, solicitudes de licencia, licenciarios actuales y solicitantes para el alquiler o arrendamiento de vivienda

Como empleado potencial o actual, subcontratista, voluntario, solicitante de licencia, licenciario actual o solicitante de alquiler o arrendamiento de vivienda, entiendo que se enviará una verificación CORI para mi información personal al DCJIS. Por la presente, reconozco y doy permiso a la Ciudad de Lawrence para enviar una verificación CORI para mi información al DCJIS. Esta es una autorización válida por un año a partir de la fecha de mi puedo retirar esta autorización en cualquier momento proporcionando a la Ciudad de Lawrence un aviso por escrito de mi intención de retirar el consentimiento a un cheque

PARA FINES DE EMPLEO, VOLUNTARIADO Y LICENCIA SOLAMENTE:

La Ciudad de Lawrence puede realizar verificaciones CORI posteriores dentro de un año de la fecha en que este Formulario fue firmado por mí, siempre que, sin embargo, la Ciudad de Lawrence primero debe proporcionarme un aviso por escrito de este cheque.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para una verificación CORI y reconozco que la información proporcionada en la Página 2 de este Formulario de Reconocimiento es verdadera y precisa. También acuso recibo de la Política CORI de la Ciudad de Lawrence

(Imprimir Nombre) (Firma) (Fecha)

INFORMACIÓN DEL TEMA:

Nombre: _____

Nombre de o Alias: (Si Aplica) _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____

Ultimo Seis Dígitos del Numero De Seguridad Social (Solicitado/a): _____ - _____

Sexo: _____ **Raza:** _____ **Licencia de conducir y estado:** _____

Nombre completo de la madre: (incluyendo el nombre de soltera) _____

Nombre completo del padre: _____

Dirección actual: _____

Numero & Calle Ciudad/Pueblo Estado Código postal

Dirección anterior: _____

Verified by: _____

Name & signature of Verifying Employee

Date