

Distrito de San Pablo

Concentimiento para el Cheque Historial Delictivo

Su firma abajo autoriza a Distrito escolar de San Pablo y la Información Delictiva de los servicios, Inc. para obtener la información sobre usted (si aplicable) de varias histituciones legales y las agencias, cortes y agencias de las correcciones.

Por favor llene fuera toda la información debajo. Por favor imprima.

Nombre completo	_____	El hombre	_____	La Mujer	_____
La Dirección actual:	_____ _____				
Otros Nombusados	(nombre de soltero/a, otro nombre usado, el cambio del nombre legal, etc)				
La fecha de Nacimiento	_____	El Número de la Licencia	_____	Estado	_____
Direcciones pasados en los ultimos siete años:					
_____ _____ _____					
¿Ha sido declarado culpable de algún crimen?					
				Sí	_____
				No	_____
Si sí, explique:					
_____ _____ _____					

La Firma de solicitante: Yo he repasado y he completado esta forma como aplicable a mí. Yo dé doy permiso al Distrito de San Pablo para verificar cualquier información que yo he proporcionado. Esto la autorización continuará siendo eficaz hasta revocó por mí. Una fotocopia o facsímil la copia de este consentimiento será tan eficaz como el original. Por mi firma, yo afirmo eso toda la información sobre esta forma es verdad y exacta.

La firma del Solicitante: _____

La firma de Testigo: _____

La fecha: _____