girl scouts of southeastern new england

1 Leader _____

2 Assistant Leader_____

3 Parent/Guardian Helper _____

Other _____

Voluntarios de Rhode Island

Verificación de Antecedentes a Nivel Nacional

***** Por favor, incluya una Identificación válida con Fotografía con este formulario*****

El ID debe incluir la fecha de nacimiento

NOMBRE_____(Letra impresa o molde)

Otro NOMBRE_____(Letra impresa o molde)

Fecha de Nacimiento_____**(Por favor, ingrese información -no dejes en blanco)**

SS#_____-_____-_____**(Por favor, ingrese información -no dejes en blanco)**

Dirección actual _____ _____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electronico_____

Limitación de Responsabilidad

Yo por la presente doy consentimiento y voluntariamente autorizo a las Girl Scouts de Rhode Island, Inc. para obtener un informe de antecedentes penales independiente.

Yo certifico que la información hecha por mí en este formulario es verdadera, exactas y completas al mejor de mi conocimiento y son hechas en forma voluntaria y de buena fe. Entiendo que cualquier declaración o respuestas falsa por mí, me pueden descalificar para los servicios voluntarios o será suficiente motivo para la terminación.

Por otra parte, tengo entendido que si no se completa este formulario me impedirá la oportunidad de ser una voluntaria de las Girls Scouts de Rhode Island, Inc.

Toda solicitud deberá ser registrada y confidencialmente guardada excepto al ayudar a defender en un proceso penal. Se ejecuta una comprobación de antecedentes a todos los voluntarios cada tres años.

Si o NO **¿Ha incluido una copia de su identificación con foto válida?**

_____

(Firma del Solicitante)