DIOCESE DE FALL RIVER - Escritório de Meio Ambiente Seguro

450 HighlandAvenue, Fall River, Massachusetts 02720

FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO DE INFORMAÇÕES DE REGISTRO DE OFENSOR CRIMINOSO (CORI)

A Diocese de Fall River (DIOCFR) está registrada sob as disposições de M.G.L., Ch. 6, séc. 172 para receber CORI com a finalidade de triagem de funcionários, subcontratados ou voluntários atuais e de outra forma qualificados. Como funcionário, subcontratado ou voluntário em potencial ou atual, entendo que um cheque CORI será enviado com minhas informações pessoais ao Departamento de Serviços de Informações da Justiça Criminal (DCJIS). Por meio deste, reconheço e dou permissão ao DIOCFR para enviar uma verificação CORI com minhas informações ao DCJIS. Esta autorização é válida por (1) um ano a partir da data de minha assinatura. Posso retirar esta autorização a qualquer momento mediante notificação por escrito ao DIOCFR para o endereço acima de minha intenção de retirar o consentimento para uma verificação do CORI. Ao assinar este formulário, dou meu consentimento para uma verificação do CORI e afirmo que as informações fornecidas neste formulário de reconhecimento são verdadeiras e precisas.

Assinatura do Requerente: _____ ***Data:*** _____

POR FAVOR, DIGITE/IMPRIMA BEM. TODOS OS CAMPOS MARCADOS COM (*) SÃO OBRIGATÓRIOS PELO DCJIS, TODOS OS OUTROS SÃO EXIGIDOS PELA DIOCFR. POR FAVOR, USAR SEU NOME LEGAL COMPLETO AO PREENCHER ESTE FORMULÃRIO.

_____ *SOBRENOME

_____ *PRIMEIRO NOME

_____ INICIAL DO NOME DO MEIO

_____ NOME DE SOLTEIRA ANTERIOR

_____ SOBRENOME DE SOLTERA DA MAE

_____ _____ - _____ _____ _____ ____ *ULTIMOS SEIS DIGITOS APENAS DO SEGUROSOCIAL#

_____ OUTRO NOME DE SOLTEIRA

_____ *DATA DE NASCIMENTO (MM/DD/AAAA)

EMAIL PESSOAL:_____

TELEFONE PREFERIDO: _____

_____ LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/CIDADE E ESTADO)

Você deve fornecer informações de endereço dos últimos dez (10) anos.

*ENDEREÇO **ATUAL DA RUA**: _____

*CIDADE: _____, *ESTADO:_____,*CEP: _____, *ANOS VIVIDOS: _____

*ENDEREÇO **ANTERIOR**:_____

*CIDADE: _____, *ESTADO: _____, *CEP:_____, *ANOS VIVIDOS: _____

*ENDEREÇO **ANTERIOR**:_____

*CIDADE_____, * ESTADO: _____, *CEP:_____, *ANOS VIVIDOS: _____

*ENDEREÇO **ANTERIOR**: _____

*CIDADE_____, *ESTADO: _____, *CEP:_: _____, *ANOS VIVIDOS: _____

*ENDEREÇO **ANTERIOR**:_____

*CIDADE: _____, *ESTADO: _____, *CEP: _____, *ANOS VIVIDOS: _____

****ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ACOMPANHADO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO EMITIDA PELO GOVERNO (EXIGIDO POR LEI)**

***OSE 03/2023**

A SER PREENCHIDO POR UM REPRESENTANTE DIOCESANO - Por favor, digite/imprima

NOME DO REQUERENTE (Como aparece naIdentificação):_____

LOCAL: _____ CIDADE: _____

NOVO ☐ **RENOVAÇÃO** ☐

Funcionário remunerado (descreva o cargo):_____

Subcontratado (descreva o cargo):_____

Voluntário (descrever o cargo): _____

IDENTIFICAÇÃO COM FOTO EMITIDA PELO GOVERNO NÃO EXPIRADA FORNECIDA: ☐

_____ _____

Nome impresso do funcionário diocesano verificador Assinatura do funcionário diocesano verificador

_____

Data

FOR OFFICE USE ONLY:

ONCE FORM IS VALIDATED EMAIL TO: OSEChancery@dioc-fr.org