

Consentimiento de historial de antecedentes penales basado en nombre

Por la presente autorizo Departamento de Policia de Brookhaven a conducir una investigación para Agency/Company el proposito(s) se enumeran a continuacion y recibir cualquier dato de Georgia/Nacional de antecedentes penales segun lo autorizado por la ley estatal y federal.

Nombre Completo			
Direccion			
Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro social

- Esta autorizacion es valida por 30 dias desde la fecha de la firma.
- Yo, _____, doy consentimiento a la entidad mencionada anteriormente para realizar verificaciones periodicas de antecedentes penales durante la duracion de mi empleo.

Firma Fecha

No escribe debajo de esta linea.

Date of Inquiry: _____ Time of Inquiry: _____ Operator's Initials: _____

Purpose Code Used: (check one)

NON-CRIMINAL JUSTICE PURPOSES	
<input type="checkbox"/>	E - Employment
<input type="checkbox"/>	M - Working with Mentally Disabled
<input type="checkbox"/>	N - Working with Elderly
<input type="checkbox"/>	W - Working with Children
<input type="checkbox"/>	P - Public Records (no consent required)
PERSONAL REQUEST (INDIVIDUAL OR THEIR ATTORNEY)	
<input type="checkbox"/>	U - Personal Copy
CRIMINAL JUSTICE EMPLOYMENT	
<input type="checkbox"/>	J - Civilian Criminal Justice Employment (State & III Info Received)
<input type="checkbox"/>	Z - Sworn Criminal Justice Employment (State & III Info Received)

The inquiry resulted in the following: (check all that apply)

<input type="checkbox"/>	No Criminal Record Available
<input type="checkbox"/>	Criminal Record (Attached/Released)
<input type="checkbox"/>	No NCIC/GCIC Warrant
<input type="checkbox"/>	Possible NCIC/GCIC Warrant (List Wanting Agency Below)

Wanting Agency Name: _____
Wanting Agency Telephone: _____

Agency Designee Signature and Title