ACUERDO SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL VOLUNTARIO

Los reglamentos estatales de Nuevo México dictan que: cualquier persona (empleado o voluntario) que tenga acceso a los estudiantes sin supervisión debe someterse a una investigación completa de sus antecedentes policiales que el distrito de las Escuelas Públicas de Albuquerque (APS) llevará a cabo.

En capacidad de voluntario, entiendo que tendré acceso a los estudiantes sin supervisión. Acepto pagar $12.00 con un cheque de banco o giro postal extendido a nombre de *APS Board of Education*. Por medio de la presente afirmo que entiendo y doy mi autorización para que el distrito escolar de las Escuelas Públicas de Albuquerque lleve a cabo dicha investigación.

Así mismo, entiendo y estoy de acuerdo de que esta información es confidencial y que el distrito escolar APS no revelará o dará a conocer información sobre mí que se descubra en el transcurso de la investigación.

Además, por medio de ésta acepto indemnizar y librar de toda responsabilidad a la Junta de Educación y a las Escuelas Públicas de Albuquerque y a cualquiera de sus empleados en cuanto a obligaciones, daños o acusaciones que surjan a causa de las conclusiones de la investigación.

De manera voluntaria le concedo al distrito de Escuelas Públicas de Albuquerque el derecho de llevar a cabo una investigación completa de mis actividades en mi pasado, y acepto cooperar con la investigación y librar de toda responsabilidad a todos los individuos, compañías o corporaciones que proporcionen información sobre mí.

He leído la declaración, la entiendo completamente y estoy de acuerdo con el contenido de la misma.

_____

Nombre en letra de imprenta (apellido, primer nombre, inicial del segundo) # de seguro social Fecha de nacimiento

_____

Domicilio Ciudad, estado Código postal Tel. del hogar

_____

Nombre de la escuela y el maestro Dirección Teléfono

Años que ha vivido en NM _____ En otros estados _____

_____ _____

FIRMA DEL VOLUNTARIO FECHA FIRMA DEL DIRECTOR FECHA

El voluntario debe llevar en persona este formulario ya lleno a la oficina de huellas digitales de APS ubicada en 6400 Uptown Blvd. Suite 105. Horas hábiles: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (No es necesario concertar una cita.) Si tiene preguntas, puede llamar al 889-4862.

Persona que le tomó las huellas digitales: Fecha:

_____ _____

Aprobado por_____ Negado por _____

Nombre del técnico Fecha Nombre del técnico Fecha de la negación