

EL SOLICITANTE COMPLETA LO SIGUIENTE

AUTORIZACION DE EXONERACION

- I. En relación a mi solicitud de empleo, entiendo que un informe investigativo del consumidor podrá ser solicitado que incluiría información pertinente a mi carácter, hábitos de trabajo, desenvolvimiento en el empleo y experiencia junto a las razones por las cuales Ud. no continuó en el trabajo anterior. Entiendo que tal y como lo decida la política de la compañía y consistente con el trabajo descrito, Ud. queda en la libertad de solicitar información a entidades públicas o privadas acerca de: mis lesiones sobre la indemnización al trabajador, record de manejo, antecedentes criminales, educación, crédito y referencias.
- Si la política de la empresa lo exige, estoy dispuesto a presentarme a una prueba de narcóticos para detectar el uso ilegal de drogas antes y durante mi nuevo empleo.
- II. Información médica y sobre la indemnización al trabajador será solicitada solamente para cumplir con el Acta Federal sobre Incapacidad o invalidez (Federal Americans with Disabilities Act) y/o cualquier ley estatal que aplique al caso. Según el Acta de *Fair Crédito Reporting* estoy en el derecho de saber si mi oportunidad de empleo es negada debido a la información que mi posible empleador haya obtenido de la agencia de informes del consumidor. Si esto sucede seré notificado y se me será brindado el nombre y dirección de la agencia o la fuente que proveyó la información.
- III. Reconozco que una copia de fax o facsímile o fotocopia deberá tener tanta validez como si fuera la copia original. Esta forma es válida para la mayoría de las entidades de los condados, estatales y federales incluyendo el Departamento de Trabajo de Minnesota. The reports will be processed by: ADP Screening and Selection Services, 301 Remington Street, Fort Collins, Colorado 80524, 800/367-5933.
- IV. Para los aplicantes en Minnesota Y California Y Oklahoma solamente. Si Ud. desea una copia del reporte(s) ordenados marque aquí con una x . El (los) reporte(s) le será(n) enviado por la agencia respectiva a su dirección tal y como se scribio debajo de su firma.
- V. Por medio de la presente autorizo sin ninguna reserva para que la Iglesia Misionera contacte a cualquier autoridad policial de investigación o judicial, institución, burós de información, escuela, referencia o compañía de seguros y se le provea con la información descrita en la Sección I.

Fecha de hoy

Firma

Nombre completo

La siguiente información es requerida por las agencias policiales de investigación o judiciales u otras entidades con el fin de una identificación propia al momento de verificar los registros.

Es confidencial y no será utilizado con ningún otro propósito. Lo presente libera a los patrones y agentes y a todas personas, agencias, y las entidades quedeparen información o reportes de mi de alguna y toda responsabilidad que pueda surgir de la petición l liberación de la información mencionada arriba.

Favor de imprimir otros nombres que ud ha usado

Dirección de su residencia

Ciudad

Estado

Zip

Número de Social Security

Fecha de Nacimiento

Número de Licencia de Manejar

Nombre tal y como aparece en la licencia

Estado que otorgó la Licencia

Los siguientes estados exigen el sexo y la Raza Completa solamente si estos historias criminales son pedidos en todo estos estados:

AL, AR, FL, GA, IA, IL, IN, MI, OR, TX, WI

Sexo: Varón Hembra

Raza: Asiático Negro Hispano Blanco Otro

IF REQUIRED, NOTARIZE HERE

When using an embossed seal, please shade and pencil before faxing.

Subscribed and sworn before me:

Name

Date

Notary Public

My commission expires

THIS PAGE CONTAINS SENSITIVE INFORMATION. KEEP ONLY IN SECURE FILES, SEPARATELY FROM PERSONNEL RECORDS!