

**A DIOCESE DE BRIDGEPORT**  
**AUTORIZAÇÃO E LIBERAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE RELATÓRIO INVESTIGATIVO**

**LOCALIZAÇÃO NA DIOCESE:** \_\_\_\_\_ **CIDADE/MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_

Eu, o abaixo assinado, autorizo a Diocese de Bridgeport e o Catholic Mutual Group, Inc., por e através de seu contratante independente, MIND YOUR BUSINESS, INC. ("MYB"), a obter um relatório e/ou relatório investigativo sobre mim a cada cinco (5) anos. Se estiver trabalhando em contato programado com crianças ou a cada dez (10) anos se não estiver trabalhando em contato programado com crianças. Todos os cargos escolares incluirão uma Verificação de Condenação Criminal e um Rastreamento de Número de Seguro Social.

Entendo que tenho direito a uma divulgação completa e precisa da natureza e do escopo de qualquer relatório investigativo preparado sobre mim mediante solicitação por escrito ao MYB, feita dentro de um prazo razoável após a data deste documento.

Por meio deste, libero a Diocese de Bridgeport, e o Catholic Mutual Group, Inc., MYB e quaisquer outras partes relacionadas envolvidas na preparação do relatório ou relatório investigativo, de toda e qualquer responsabilidade, reivindicações e/ou demandas, de qualquer tipo, para mim, meus herdeiros ou outras pessoas que façam tal reivindicação ou exigência em meu nome para obter, fornecer e/ou ajudar na compilação ou preparação do relatório e/ou relatório investigativo aqui autorizado.

Circule todas as opções aplicáveis: **Relatório de histórico de crédito Relatório de veículo motorizado**

**TÍTULO/CARGO DO TRABALHO:** \_\_\_\_\_

Os cargos com responsabilidade financeira incluirão uma **verificação adicional do histórico de crédito**. Cargos com responsabilidade de dirigir exigem uma **verificação de veículos motorizados**.

**NOME IMPRESSO:** \_\_\_\_\_  
Primeiro \_\_\_\_\_ Meio \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA COMPLETO:**

Número da rua/P.O. Caixa \_\_\_\_\_ Nome da Rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM / DD / YYYY

**NÚMERO DE TELEFONE:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DA LICENÇA DE MOTORISTA** (se estiver dirigindo): \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
LISTA TODAS AS RESIDÊNCIAS ADICIONAIS QUE VOCÊ RESIDEU NOS ÚLTIMOS CINCO (5) ANOS:

Número da rua/P.O. Caixa \_\_\_\_\_ Nome da Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número da rua/P.O. Caixa \_\_\_\_\_ Nome da Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número da rua/P.O. Caixa \_\_\_\_\_ Nome da Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Se você não nasceu nos Estados Unidos, forneça o nome de solteira de sua mãe e quaisquer informações de identificação adicionais (número de identificação nacional, número de visto) que nos ajudarão a concluir sua verificação de antecedentes criminais \_\_\_\_\_

**Direitos do consumidor em verificações de antecedentes sob o Fair Credit Reporting Lei (FCRA)**