

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: ____ - ____ - ____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____
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)