



**LAS OFICINAS DEL ALGUACIL (SHERIFF'S) DEL CONDADO DE EL PASO
Y
DEL DEPARTAMENTO DE LA POLICIA DE COLORADO SPRINGS
APLICACION 2017 DE LA ACADEMIA DE LOS CIUDADANOS DE HABLA HISPANA**

TODAS LAS PAGINAS ESTA APLICACION TIENEN QUE SER LLENADAS COMPLETAMENTE Y
REGRESARLAS A LAS OFICINAS DEL ALGUACIL (SHERIFF'S) A ESTA DIRECCION: 27 E.VERMIJO AVENUE,
COLORADO SPRINGS, CO 80903

NO MAS TARDE DE LAS 5:00 P.M. EN FEBRERO 10, 2017

La Academia de los Ciudadanos de habla Hispana comenzara en Marzo 18, 2017 y la graduación sera en Abril 29, 2017, durante ese tiempo las clases serán disponibles todos los Sábados desde las 8:00 a.m. hasta las 4:P.M. en caso que Ud tenga alguna pregunta, puede llamar y ponerse en contacto con ESPO, que es el Oficial asignado de las Relaciones de la Comunidad de habla Hispana a este numero de teléfono 719-520-7206 con Yaritza Trevino

Nombre: _____ / _____
 Apellido Nombre Segundo nombre Apellido de soltera (o)

Dirección de la casa: _____
 Numero de casa y calle Ciudad Código Postal

Numero Teléfono Casa #: _____ Trabajo #: _____ Celular #: _____

Correo Electrónico: _____

Empleo actual: _____

Dirección donde trabaja: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DEBEMOS PONERNOS EN CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Numero Teléfono Casa #: _____ Trabajo #: _____
 Celular#: _____

Como se entero Ud de estas clases: _____

Que desearía Ud aprender de estas clases: _____



RENUNCIAR DE LOS DERECHOS DE CULPABILIDAD

(Debe ser leído y Firmado por Todos los Aplicables en Frente y en la Presencia de un Notario Publico)

CONDADO DE: _____

ESTADO DE: _____

YO MEDIANTE LA PRESENTE DECLARO que toda esta información y declaración es verdadera y correcta de acuerdo a mi capacidad mental. Yo Autorizo a el Condado de El Paso a las Oficinas del Alguacil (Sheriff's) que investigue mi historial de vida, además del record policial que haya cometido. Yo también le doy permiso de ponerse en contacto con la persona o personas en la cuales yo he sido o he estado afiliado en grupos sociales o organizaciones con quien yo estoy actualmente asociado o haya estado en el pasado. YO MEDIANTE EXONERO al El Condado de El Paso a las Oficinas del Alguacil (Sheriff's) y su representante que ellos asignen, de cualquier responsabilidad de daños y perjuicios que pueden resultar al obtener esta información.

Yo acepto, y estoy de acuerdo de seguir las reglas y regulaciones de El Condado de El Paso Oficinas del Alguacil (Sheriff's), la que incluye información personal y confidencial. Yo entiendo que las Oficinas del Alguacil (Sheriff's) hará una investigación computarizada de mi record policial y historial de vida, cuando yo aplique para atender el entrenamiento.

Conforme con las leyes y la Autoridad del Condado de El Paso las Oficinas Alguacil (Sheriff's), Del Estado de Colorado, nosotros le damos permiso de entrar y usar las instalaciones del Condado de El Paso de las Oficinas Alguacil (Sheriff's), cuando Ud. este atendiendo las clases de entrenamiento y capacitación de La Academia de los Ciudadanos de habla Hispana.

Por medio del presente, yo renuncio voluntariamente y libremente todos los derechos, y los de mis herederos y de mi representante que reclamen por cualquier cause los daños de mi persona o propiedades que pueden pasar con el Condado de El Paso de las Oficina Alguacil (Sheriff's) y/o sus agentes, empleados, representantes, agentes del Condado de El Paso, los empleados y Agentes de la Mesa (Board) del Condado Comisionados y Representantes de Condado de El Paso, del Estado de Colorado y sus empleados y agentes.

YO ASUMO los riesgos de las condiciones de daños que existan al entrar y estar dentro de este edificio, y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA JURISDICCION sobre esto y por la presente cedo a todas las objeciones dadas en el lugar de encuentro. Yo también estoy de acuerdo de indemnizar y no causar daños a las oficinas/ entidad o individuales o personas con respecto a todos los reclamos hechos en contra de ellos, como resultado de mi presencia en las actividades o con respecto a las oficinas, incluyendo sin limitaciones, todos los costos, gastos de los honorarios de los abogados accidentales o que pueden ser ejecutados con esta cláusula.

Firma del Solicitante Fecha

Firmado y Jurado ante Mi Presencia este día _____ de _____, 2017_____

Mi comisión caduca: _____
Firma del Notario Publico

