



**OFICINA DEL SHERIFF DEL CONDADO DE EL PASO
DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE COLORADO SPRINGS
APLICACIÓN 2019 PARA LA ACADEMIA
DE CIUDADANOS DE HABLA HISPANA**



POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA APLICACIÓN Y ENTRÉGALA A EL OFICIAL QUE LE PRESENTO ESTA APLICACIÓN. TAMBIÉN PODRÁ REGRESAR ESTA APLICACIÓN EN PERSONA AL ESCRITORIO DE RECEPCIÓN EN 705 S. NEVADA AVENUE, COLORADO SPRINGS, COLORADO 80903.

LA FECHA LIMITE DE ENTRADA ES EL 21 DE FEBRERO DE 2019

La Academia de los Ciudadanos de habla Hispana comenzará el 21 de marzo de 2019 y la ceremonia final será el **9 de mayo de 2019**. Durante ese tiempo las clases serán disponibles solamente los **jueves de 6:00pm a 9:00pm**. Para cualquier pregunta referente a la academia o sobre esta aplicación, favor de contactar al Oficial Jacquez (719-499-4177).

Nombre Completo: _____

Dirección de su casa: _____

Teléfono móvil o de casa#: _____ Numero de textos#: _____

¿Quién es el proveedor de su telefonía celular? Por favor circule una opción:

AT&T Verizon Sprint Tmobile Cricket Boost Mobile Otro

Es importante que podamos comunicarnos con usted por medio de mensajes de textos en caso de cancelaciones debidas a mal clima. Es por ese motivo que solicitamos saber su proveedor de servicios de celular.

Correo Electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____ Relación: _____

Número Telefónico#: _____ Numero secundario (opcional)#: _____

¿Cómo se enteró de estas clases?: _____

¿Que desearía aprender de estas clases?: _____

RENUNCIA DE DERECHOS

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 la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs que investigan mi historial de vida además del record policial. Yo también les doy permiso de ponerse en contacto con la persona o personas en la cuales yo he sido o he estado aliado en grupos sociales u organizaciones con quien yo estoy actualmente asociado o haya estado en el pasado.

YO EXONERO a la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso, El Departamento de Policía de Colorado Springs, 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 la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs sobre información personal y confidencial. Yo entiendo que a la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs harán una investigación computarizada de mi record policial u historial de vida cuando yo envié mi aplicación.

Conforme con las leyes y la Autoridad de la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs en el Estado de Colorado, nosotros le damos permiso de entrar y usar las instalaciones de la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs cuando usted está 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 la Oficina del Sheriff del Condado de El Paso y El Departamento de Policía de Colorado Springs, 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 en el 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 JURISDICCIÓN** 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 o 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 ejecutado con esta cláusula.

Firma del Solicitante

Fecha