

Department de Policia del Condado de Suffolk
Aplicación Para Civilian Academy*

*Las clases serán en ingles, servicios de interpretación disponible bajo petición.

Fecha de Aplicación: _____ Precinto local del Candidato: _____

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre): _____

Apellido de Soltera /Alias: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: H M

Licencia de Conducir #: _____ Fecha de expiración: _____ Estado que emitió: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Casa Teléfono de trabajo Teléfono Celular

Referido por: _____

Organización(es) con las que esta asociado: _____

EMPLEADOR PRESENTE

Nombre de Compañía: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de trabajo: _____ Empleado desde: _____

¿Tiene algún arresto (s), condenas o juicios pendientes? Si No
 Si marca "Si" anote abajo fecha, nombre de la agencia (por ejemplo, de Southampton Town PD, Suffolk Co. PD, etc), su carga y disposición. Incluya todos los delitos menores y mayores. Usted no tiene que incluir infracciones como multas de tráfico.

| <u>Fecha</u> | <u>Nombre de Agencia</u> | <u>Cargo</u> | <u>Disposición</u> |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Background/Criminal Check Authorization

Entiendo que una verificación de ordenes y antecedentes penales y de se llevará a cabo por el Departamento de Policía del Condado de Suffolk como parte del proceso de solicitud. Por la presente autorizo a cualquier agencia de cumplimiento de la ley que comunique al Departamento de Policía del Condado de Suffolk toda información que dichos organismos tienen sobre mí con el propósito de ayudar al Departamento de Policía del Condado de Suffolk en la evaluación de mi elegibilidad para participar en "Citizens' Academy." Entiendo que no voy a recibir y no tengo derecho a conocer el contenido de los informes confidenciales recibidos de estos organismos. Yo libero, descargo y acepto a mantener indemne al Departamento de Policía del Condado de Suffolk, asociados a los organismos policiales, sus agentes y cualquier persona(s) que entreguen información, de cualquier y toda responsabilidad que surja de proveer y del examen de dichos documentos y / o información.

Firma de Candidato

Nombre

 Fecha

Adjunte fotocopia de su licencia de conducir o identificación con foto y mande por correo su solicitud completada a:
Suffolk County Police Academy
 502 Wicks Road , Brentwood, NY 11717
 Academy Training Section 631 853-7000