



**Rhode Island Department of Labor and Training**  
**División de Regulación de Profesiones**  
**1511 Pontiac Avenue, Cranston, RI 02920**  
**Tel: (401) 462-8533 Opción #6 en español | Fax: (401) 462-8528**  
**www.dlt.ri.gov**

**AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y RENUNCIA**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_,

Nombre Completo y título

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Soltera/o nombre previo

De \_\_\_\_\_,  
 Dirección de residencia, Ciudad, Estado, Código Postal

con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ y número de seguro social \_\_\_\_\_ por este medio otorgo poder a cualquier empleado del Department of Labor and Training, División de Regulación de Profesiones (en adelante "DLT") de obtener informes penales y financieros asociados con mi persona con el fin de evaluar mi calidad moral y situación financiera. La información podría ser usada con el propósito de obtener mi informe crediticio y/o podría ser compartido con el Departamento de Identificación Penal del Departamento del Fiscal General del Estado de Rhode Island y el Buró de Investigación Federal (FBI) y para poner a la disposición cualquier antecedente penal u otro fallo judicial que el Departamento de Identificación Penal tenga en sus expedientes acerca de mí.

Por este medio renuncio y eximo al Estado de Rhode Island, la Oficina de Identificación Criminal, el Fiscal General, el Departamento de Trabajo y Entrenamiento, el Buró Federal de Investigaciones, los empleados de la Oficina del Procurador General, los empleados y funcionarios del Buró federal de [sic], a de los empleados y funcionarios del Departamento de Trabajo y Entrenamiento de cualquier tipo de acción legal, causa de acción legal y demanda de todo tipo, naturaleza y descripción, tanto en derecho como en equidad que ahora pueda entablar o que pudiera entablar en el futuro como resultado de cualquier divulgación de antecedentes penales y solicitudes que de ésta deriven.

Tras la presentación de una solicitud de licencia o un cambio en los oficiales, directores, gerente o dueño principal de un licenciataria según se define en leyes generales de R.I. § 19-14-1 (10), cada uno de dichos oficiales, director, gerente o dueño principal debe proporcionar una respuesta firmada a las preguntas  
 (Copias adicionales de este formulario se podrán reproducir si es necesario)

**Adjunte copia de una identificación oficial con fotografía .**

**Adjunto:**

El abajo firmante certifica que las respuestas anteriores son verdaderas y certeras a mi mejor saber y entender.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notary Public \_\_\_\_\_ Notary Seal

My Commission Expires \_\_\_\_\_