STATE OF RHODE ISLAND
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

4 Howard Avenue • Cranston, RI 02920
(401) 274-4400 • www.riag.ri.gov

Peter F. Neronha
Attorney General

Full Name of Applicant: _____

Maiden Name / other names used: _____

Date of Birth: _____

Address of Applicant: _____

Purpose: _____
(Example: employment, housing, expungement, internship, apostille, name change, weapons permit or purchase, etc..)

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I_____ (print full name) hereby direct and authorize the Bureau of Criminal Identification and Investigation of the Rhode Island Department of the Attorney General to make available to _____ (name of entity) any State of Rhode Island criminal record, including a record of any State or local arrest, conviction, warrant, or a record of sexual offender registration, accessible by the Bureau of Criminal Identification and Investigation in reference to me.

I hereby waive and release any and all manner of actions, cause of actions, and demands of every kind, nature and description whatsoever, arising from any release of criminal records and requests therefrom, against the State of Rhode Island, Bureau of Criminal Identification and Investigation, the Attorney General, and employees of the Department of Attorney General in both law and equity which I may have now or in the future.

_____
Signature of Applicant

Sworn to before me in the City of _____ State of _____

this _____ day of _____, 20_____.

_____
Notary Public

_____
Commission Expires

Note: A colored photocopy of a government-issued photo identification with a date of birth must accompany this release.

STATE OF RHODE ISLAND
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

4 Howard Avenue • Cranston, RI 02920
(401) 274-4400 • www.riag.ri.gov

Peter F. Neronha
Attorney General

Nombre completo del solicitante: _____

Nombre de soltera / otros nombres utilizados: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del solicitante: _____

Propósito: _____
*(Ejemplo**: empleo, vivienda, eliminación de antecedentes, pasantías, apostilla, cambio de nombre, permiso o compra de armas, etc.**..)*

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo_____ (imprimir nombre completo) por la presente ordena y autoriza a la Oficina de Identificación e Investigación Criminal del Departamento del Fiscal General de Rhode Island a poner a disposición de _____ accesible por la Oficina de Identificación e Investigación Criminal en referencia a mí.

Por el presente renuncio y libero cualquier tipo de acciones, causas de acciones y demandas de todo tipo, naturaleza y descripción, que surjan de cualquier divulgación de antecedentes penales y solicitudes de los mismos, contra el Estado de Rhode Island, la Oficina de Identificación e Investigación Criminal, el fiscal general y los empleados del Departamento del Fiscal General tanto en derecho como en equidad que pueda tener ahora o en el futuro.

_____
Firma del solicitante

Juramentado ante mí en la ciudad de _____ estado de _____

este_____ día de _____, 20_____.

_____
Notario Público

_____
La comisión expira

Nota: Una fotocopia a color de una identificación con foto emitida por el gobierno con una fecha de nacimiento debe acompañar este Descargo de responsabilidad.