

Instrucciones:

* Devuelva el formulario completo y el comprobante de tuberculosis a su escuela.

*Una vez que el sitio apruebe su solicitud, Recursos Humanos se comunicará con usted para

SOLICITUD DE VOLUNTARIADO
TRACY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
1875 Avenida W. Lowell
Tracy, CA 95376
Teléfono: (209) 830-3260 Fax: (209) 830-3264

NOMBRE _____
(Último) (Primero)

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ **NÚMERO ALTERNATIVO** _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Voluntario/Sitio de la escuela: _____ Nombre del estudiante(s): _____

Por favor, marque los días programados en el sitio: M T W Th F

¿Alguna vez ha sido condenado por **algún** delito contra la ley? _____ En caso afirmativo, explique. Puede omitir infracciones de tránsito menores. Conducir ebrio o imprudente no es un delito menor. (La existencia de antecedentes penales no le impide automáticamente ser voluntario. Sin embargo, la falta de informe es causa de descalificación o despido).

¿Hay algún cargo penal pendiente actualmente en su contra? _____ En caso afirmativo, explique:

Para garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, se llevará a cabo una investigación de antecedentes penales a través del Departamento de Justicia y la Oficina Federal de Investigaciones. Este proceso requerirá que la Oficina de Recursos Humanos le tome las huellas dactilares. **Hay una tarifa de \$ 25 por la toma de huellas dactilares.** Se llamará a referencias laborales y/o personales. **Le recomendamos que comience el proceso de voluntariado al menos 2-3 semanas antes del evento.** Devuelva los formularios adjuntos a la oficina de la escuela para su revisión.

Para que su solicitud esté completa, debe presentar prueba de un resultado negativo de la prueba de tuberculosis. El documento médico DEBE incluir los siguientes datos:

- Nombre completo del voluntario
- Nombre del médico/clínica que realizó la prueba
- Fecha en que se recolectó/colocó la muestra O fecha en que se realizó la radiografía de tórax
- Fecha en que se leyó el resultado final O fecha en que se interpretaron los resultados de la radiografía de tórax

Si actualmente es empleado del Distrito Escolar Unificado de Tracy, por favor enumere:

Sitio de trabajo actual: _____ **Posición:** _____

EXPERIENCIA PREVIA: Enumere a continuación cualquier experiencia previa en la que haya trabajado como voluntario.

REFERENCIAS PERSONALES (No se aceptan familiares)	
Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono

POR LA PRESENTE CERTIFICO que todas las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender y autorizo la investigación de todas las declaraciones aquí registradas. Entiendo que las declaraciones falsas en la solicitud se considerarán causa suficiente para el despido. Libero de toda responsabilidad a las personas y organizaciones que informan la información requerida por esta solicitud. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información en relación con mi solicitud de voluntariado. Además, eximo de responsabilidad a cualquier individuo o empresa por cualquier información que pueda proporcionar en esta investigación, que puede incluir información como condenas penales o civiles, registros de manejo, empleadores anteriores e instituciones educativas, referencias personales, referencias profesionales y otras fuentes apropiadas. Renuncio a mi derecho de acceso a dicha información y, sin limitación, libero al Distrito Escolar Unificado de Tracy y a la fuente de referencia de cualquier responsabilidad en relación con su divulgación o uso. Este comunicado incluye las fuentes citadas anteriormente y ejemplos específicos de la siguiente manera: Agencias de aplicación de la ley e información de cualquier localidad a la que puedan referirse para la divulgación de información relacionada con cualquier hallazgo de investigaciones de abuso o negligencia infantil que me involucren.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Reconocimiento de la escuela por:

Principal: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____



A completar por Recursos Humanos.

Cita de toma de huellas dactilares. _____

DOJ: _____ FBI _____ Escuela notificada: _____

ATI #: _____

Fecha de caducidad del TB: _____