



Aplicación para la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas



INFORMACION PERSONAL		
NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	# LICENCIA DE CONDUCIR
OTROS NOMBRES QUE USA (ALIAS, SOBRENOMBRE, APELLIDO DE SOLTERA)		
DIRECCION DE CASA (INCLUIR LA CIUDAD Y CODIGO POSTAL)		
DIRECCION DE CORREO (SI ES DIFERENTE DE ARRIBA)		
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE TRABAJO	CELULAR
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		

INFORMACION DE EMPLEO/ESCUELA (SI UNA PREGUNTA NO SE APLICA A USTED, MARQUE CON "N/A")		
EMPLEADOR o ESCUELA		
DIRECCION (INCLUIR LA CIUDAD Y CODIGO POSTAL)		
PREGUNTAS ADICIONALES (CONTINUAR EN LA PAGINA 2)		
Duración de la Residencia en Salinas:	Años	Meses
Nivel de Educación:		
Solo puede fallar a una de las doce sesiones. ¿Está dispuesto a este compromiso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<p>Participación en la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas es cosa voluntario. Doy autorización al Departamento de Policía de Salinas que siga adelante con una investigación de mi historial criminal para determinar si soy elegible para participar.</p>		
FIRMA	FECHA	

Por favor regrese esta aplicación a:
Sargento Steve Sparks
Salinas Police Department Community Services
312 E. Alisal Street, Salinas, CA 93901 Ph: (831)758-7271 Fax: (831)775-4281



Aplicación para la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas



PREGUNTAS ADICIONALES (PAGINA DE CONTINUACION)
¿Como supo sobre la Academia Comunitaria?
¿Alguna vez ha tenido un contacto negative con oficiales de policía? (Por favor explique).
¿Por qué está interesado/a en atender la Academia Comunitaria?
¿Alguna vez en el pasado ha asistido a una Academia Comunitaria? Si la respuesta es sí, por favor indique las fechas y sitio.
¿Tiene amigos o familia que han asistido a una Academia Comunitaria en el pasado? Si la respuesta es sí, indique sus nombres.