

طلبات أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي"
الخاصة بإدارة شرطة منطقة بيفرتون

(الأوسط)	(الأول)	اسم مقدم الطلب: (الأخير)
الأسماء الأخرى المستخدمة:		
العنوان:		
الولاية: الرمز البريدي:	المدينة:	
الوظيفة:	صاحب العمل:	عنوان جهة العمل:
الولاية: الرمز البريدي:	مدينة جهة العمل:	
هاتف العمل: ()	رقم هاتف المنزل: ()	
عنوان البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف الجوال: ()	رقم رخصة قيادة:
رقم بطاقة التأمين الاجتماعي:	الولاية المصدرة للرخصة:	
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> X	تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) // (يجب أن يكون 18 سنة على الأقل)	في حالة من حالات الطوارئ يُرجى الاتصال ب:
الاسم: رقم الهاتف ()		
العنوان: العلاقة:		
كيف سمعت عن أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي"؟		
لماذا تريد الحضور؟		
التاريخ الجنائي:		
؟ هل سبق وتم القبض عليك و/أو تم إدانتك بارتكاب جريمة		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى التوضيح بإيجاز:		
الإذن بإجراء تحقيق عن الخلفية الجنائية		
بموجب هذه الوثيقة، وباعتباري مقدم طلب لحضور أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي"، آذن لإدارة شرطة منطقة بيفرتون بإجراء تحقيق عن خلفية التاريخ الجنائي. وأنا أتفهم أن هذا التحقق من التاريخ الجنائي يتم إجراؤه بسبب طبيعة الفصول الدراسية التي تعقد في أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي".		
كما أتفهم أنه سوف يتم مراجعة كافة السجلات الشرطية والجنائية وأن المعلومات ستُستخدم في تحديد مدىأهلية مقدمي الطلبات للحضور في أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي". وتظل كافة المعلومات سرية كما هو مطلوب بموجب القوانين الفيدرالية وتلك الصادرة عن ولاية أوريgon.		
وأتفهم أيضاً أن الأماكن الممتلكة للطلبة للمشاركة في أكاديمية "سيتيزنز أكاديمي" محدودة. لذلك، أواقف على حضور ثمان جلسات على الأقل من العشر المدرجة في جدول الجلسات. وعلاوة على ذلك، أواقف على الحضور في المواعيد المحددة واستكمال وإعادة استئناف التقييم التي تقدم في كل جلسة.		
توقيع مقدم الطلب		