

طلبات أكاديمية "سينيز أكاديمي"
الخاصة بإدارة شرطة منطقة بيفرتون

اسم مقدم الطلب: (الأخير)	(الأول)	(الأوسط)
الأسماء الأخرى المستخدمة:		
العنوان:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
صاحب العمل:	الوظيفة:	
عنوان جهة العمل:		
مدينة جهة العمل:	الولاية:	الرمز البريدي:
رقم هاتف المنزل: ()	هاتف العمل: ()	
رقم الهاتف الجوال: ()	عنوان البريد الإلكتروني:	
رقم رخصة قيادة:	الولاية المصدرة للرخصة:	رقم بطاقة التأمين الاجتماعي:
تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) // (يجب أن يكون 18 سنة على الأقل)	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/>	
في حالة من حالات الطوارئ يُرجى الاتصال ب:		
الاسم:	رقم الهاتف ():	
العنوان:	العلاقة:	
كيف سمعت عن أكاديمية "سينيز 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 "سينيز أكاديمي"، أذن 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 "سينيز أكاديمي".		
كما أتفهم أنه سوف يتم مراجعة كافة السجلات الشرطة والجنائية وأن المعلومات ستستخدم في تحديد مدى أهلية مقدمي الطلبات للحضور في أكاديمية "سينيز أكاديمي". وتظل كافة المعلومات سرية كما هو مطلوب بموجب القوانين الفيدرالية وتلك الصادرة عن ولاية أوريغون.		
وأتفهم أيضا أن الأماكن المتاحة للطلبة للمشاركة في أكاديمية "سينيز أكاديمي" محدودة. لذلك، أوافق على حضور ثمان جلسات على الأقل من العشر المدرجة في جدول الجلسات. وعلاوة على ذلك، أوافق على الحضور في المواعيد المحددة واستكمال وإعادة استمارات التقييم التي تقدم في كل جلسة.		
توقيع مقدم الطلب	التاريخ	