

Γράψτε όλα τα ονόματα των μαθητών σας και τα σχολεία στο BPS: (Εάν χρειάζεται, υπάρχει και άλλος χώρος στο πίσω μέρος)

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_



**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΤΟΜΟΥ:  
ΓΡΑΨΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ**

Επίθετο

Όνομα

Μεσαίο Όνομα

Κατάληξη

Πατρικό όνομα (ή άλλα ονόματα με τα οποία είστε γνωστή)

Εθελοντής

Ημερομηνία γέννησης

Τόπος γέννησης

Αιτία για CORI (π.χ., Εθελοντής, Βοηθός)

Τελευταία **ΕΞΙ** ψηφία του Αριθμού σας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ): XXX - \_\_\_\_

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Φύλο: \_\_\_\_ Ύψος: \_\_\_\_ πόδια \_\_\_\_ ίντσες

Χρώμα οφθαλμών: \_\_\_\_\_

Φυλή:

Αρ. Άδειας Οδήγησης: \_\_\_\_\_

Πολιτεία Έκδοσης: \_\_\_\_\_

Πλήρες πατρικό όνομα μητέρας

Πλήρες όνομα πατέρα

Τρέχουσα διεύθυνση: Οδός Αριθμός & Όνομα

Πόλη/Χωριό

Πολιτεία

T.K.

Προηγούμενη διεύθυνση: Οδός Αριθμός & Όνομα

Πόλη/Χωριό

Πολιτεία

T.K.

Οι ανωτέρω πληροφορίες επαληθεύτηκαν αναθεωρώντας τους παρακάτω τύπους ταυτότητας που έχουν εκδοθεί από την κυβέρνηση:

**ADMINISTRATION USE ONLY:**

VERIFIED BY: \_\_\_\_\_

Name of Verifying Employee (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Signature of Verifying Employee

**\*\*\*ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΠΙΣΩ ΠΛΕΥΡΑ\*\*\***

---

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Σχολεία: \_\_\_\_\_

---

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ (CORI)  
ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ**

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΕΞΑΓΟΥΝ ΕΛΕΓΧΟΥΣ CORI ΓΙΑ  
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ, ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟ, ΒΟΗΘΟΥΣ, ΑΔΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΥΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ

**Τα ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE** είναι εγγεγραμμένα υπό τις ρήτρες του M.G.L. c. 6, § 172 για τη λήψη CORI με σκοπό την έρευνα τρεχόντων και άλλων κατάλληλων πιθανών υπαλλήλων, βοηθών, εθελοντών, αιτώντων αδειας, ατόμων με τρέχουσα άδεια, και αιτούντες για ενοικίαση κατοικιών.

Ως πιθανός ή τρέχων υπάλληλος, βοηθός, εθελοντής, αιτών άδειας, άτομο με τρέχουσα άδεια ή αιτών για ενοικίαση κατοικίας, κατανοώ ότι θα διεξαχθεί ένας έλεγχος CORI και θα υποβληθεί για τις προσωπικές μου πληροφορίες στο DCJIS. Με το παρόν αναγνωρίζω και παρέχω άδεια στα **ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE** να υποβάλλουν έλεγχο CORI για τις πληροφορίες μου στο DCJIS. Η εξουσιοδότηση αυτή ισχύει για ένα έτος από την ημερομηνία υπογραφής μου. Μπορώ να αποσύρω την εξουσιοδότησή μου ανά πάσα στιγμή παρέχοντας στα **ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE** με γραπτή ειδοποίηση της πρόθεσής μου για απόσυρση της συγκατάθεσης για έλεγχο CORI.

**ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑΣ:** Τα **ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE** μπορούν να διεξάγουν επακόλουθους ελέγχους CORI εντός ενός έτους από την ημέρα υπογραφής αυτού του Εντύπου από μένα, εφόσον, τα **ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE** μου παρέχουν γραπτή ειδοποίηση για αυτόν τον έλεγχο.

Υπογράφοντας παρακάτω, παρέχω τη συγκατάθεση για έλεγχο CORI και αναγνωρίζω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στη Σελίδα 2 αυτού του Εντύπου Αναγνώρισης είναι αληθινές και ακριβείς.

---

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

---

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ