

**Distrito Escolar Unido Old Adobe  
Aplicación para Voluntario Escolar – Padres o Miembro de la Comunidad**

La información proporcionada en este formulario es confidencial y se utilizará solo para fines del Programa de Voluntarios.

FECHA \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
(Primero) (De en medio) (Apellido)

DIRECCION \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (CODIGO)

FECHA DE NAC \_\_\_\_\_ TEL DEL HOGAR \_\_\_\_\_ TEL DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

LICENCIA DE MANEJO o ID DEL DMV DE CALIFORNIA (EL Distrito copiará y adjuntará esta forma)

FOTOGRAFIA RECIENTE (EI Distrito copiará) SEXO \_\_\_ PELO \_\_\_ OJOS \_\_\_ ALTURA \_\_\_ PESO \_\_\_

EXPERIENCIA DE VOLUNTARIADO (opcional) \_\_\_\_\_

INDIVIDUOS PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

1. \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

2. \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

¿Tiene usted cargos criminales pendientes contra usted? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Alguna vez ha sido condenado por una felonía? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito sexual o relacionado con drogas o por un delito de violencia? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Licencia o Credencial de Salud Mental: \_\_\_ Si # \_\_\_\_\_ No

¿Está obligado a registrarse como delincuente sexual según el Código Penal 290.95? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Ha sido vacunado completamente con la vacuna COVID-19? Sí No Declinar al estado? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
\_\_\_ Rechazar el Declarar\*

\*So No o se Niega a Declarar, se requiere una prueba seminal; vea el código de conducta del Voluntario)  
(El distrito copiará la prueba de vacunación y adjuntará este formulario)

*"Entiendo que el distrito puede investigar mis antecedentes personales y profesionales. Doy mi permiso para que se investiguen mis referencias personales y profesionales y expongo indemne al distrito y a cualquier persona que proporcione información al distrito. También entiendo que puedo tener una verificación de antecedentes penales dirigida por la policía si sirvo como voluntario. Como invitado y voluntario de esta escuela o distrito, puedo tener contacto ocasional o frecuente con los estudiantes. Entiendo que esto requeriría que revelara a los funcionarios de la escuela si soy un delincuente sexual registrado. Como se indica en el Código Penal 290.95, mi falta de divulgación de este hecho podría resultar en una multa y / o posible arresto, enjuiciamiento y encarcelamiento.*

*Al colocar mi nombre a continuación, declaro bajo pena de perjurio, que no soy un delincuente sexual registrado requerido para registrarse con los funcionarios de la escuela bajo el Código Penal 290.95. Además, declaro que no he sido condenado por delitos sexuales o relacionados con drogas o delitos de violencia y que no hay cargos penales pendientes en mi contra. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas y regulaciones de seguridad y salud del distrito"*

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**To be completed by district - Optional**

TB test completed (Date) \_\_\_\_\_ Fingerprint Clearance (if applicable): \_\_\_ Yes \_\_\_ No

COVID-19 vaccination status: \_\_\_ Yes \_\_\_ No/Decline to State

Volunteer Service Ended (Date) \_\_\_\_\_

Reason for leaving: \_\_\_\_\_