

Aplicación para la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas



Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Cómo aprendió sobre la Academia Comunitaria?

¿Alguna vez ha tenido un contacto negativo 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.

Aplicación para la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas



Apellido: _____ Nombre: _____

Otros nombres que usa: _____

Dirección de Casa

Numero de Edificio y Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Donde trabaja o va a escuela (si está retirado escriba N/A): _____

Numero de Edificio y Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuanto tiempo ha vivido en Salinas: _____

Nivel de Educación: _____

Numero de Licencia de Conducir: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo Electronico: _____

Solo puede fallar a una de las doce sesiones. ¿Está dispuesto a este compromiso? ____Si ____No

Participación en la Academia Comunitaria de la Policía de Salinas es cosa voluntaria. Con esto autorizo al Departamento de Policía de Salinas que siga adelante con una investigación de mi historia criminal para determinar si soy elegible para participar.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor regrese esta aplicación a:

Oficial Raul Rosales raulr@ci.salinas.ca.us

Salinas Police Department Community Services,

222 Lincoln Avenue, Salinas, CA 93901 Ph: (831) 831-775-4201 ext. 6295 Fax: (831) 775-4277