



# Autorización para la divulgación de información no sanitaria

## Departamento Correccional de Connecticut

CN 4402  
BORRADOR  
6/9/25

Nombre del recluso:	Número de recluso:
---------------------	--------------------

Fecha de nacimiento:

Por la presente, autorizo al Departamento Correccional del Estado de Connecticut y a su personal en el *(Facilidad de lista)*:

Para divulgar la siguiente información de mi archivo maestro:

(initial)

Fecha(s) de ingreso/alta.

(initial)

Otra información del archivo maestro *(especifique)*:

(initial)

Divulgar la siguiente información *(especifique)*:

(initial)

Divulgar la siguiente información de mi registro de supervisión (PCS):

Condiciones de liberación:

Información sobre la ofensa

Otra información del registro de supervisión *(especifique)*

Persona/organización para recibir información:

El objeto específico de esta solicitud:

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la divulgación de la información indicada. Mi consentimiento, si no se revoca, continuará durante todo mi período de supervisión por parte del DOC, independientemente de mi ubicación e incluyendo cualquier tiempo que pase en libertad condicional o supervisión comunitaria.

Devolver a *(sello de la instalación)*:



\_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_ fecha

\_\_\_\_\_ Firma de testigo \_\_\_\_\_ fecha

\_\_\_\_\_ Firma del parente/tutor \_\_\_\_\_ fecha  
(si el solicitante es menor de edad)