



Autorización para Diseminar Información No Médica
Departamento de Corrección de Connecticut

CN 4402(SP)
REV 6/30/09

Nombre del confinado:

Número de confinado:

Fecha de nacimiento:

Por este medio autorizo al Departamento de Corrección del Estado de Connecticut y su personal en *(indique la institución)*:

A divulgar la siguiente información de mi archivo principal:

(iniciales)

 Fechas de admisión/libertad.

(iniciales)

 Otra información del archivo principal *(especifique)*:

(Iniciales)

A divulgar la siguiente información *(especifique)*:

(Iniciales)

Individuo/organización que recibirá la información:

El propósito específico de esta solicitud:

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo pudiera retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que la información indicada sea divulgada. Mi consentimiento si no es retirado, continuara durante el termino de mi supervisión bajo el Departamento de Corrección no importando mi colocación e incluye cualquier tiempo pasado en libertad bajo palabra o supervisión comunitaria.

Regrese a (sello de la institución):



 Firma del solicitante

 Fecha

 Firma del testigo

 Fecha

 Firma del padre/encargado
 (si el solicitante es un menor de edad)

 Fecha