



Aceptación y autorización para verificar antecedentes

Acuso recibo del INFORME SOBRE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES, del RESUMEN DE SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE INFORMACIÓN CREDITICIA IMPARCIAL, y de los RESÚMENES DEL ESTADO CON RESPECTO A LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR (cuando procedan).

Por la presente autorizo la obtención de "informes de consumidor" y/o "informes de investigación de consumidor" por parte de **ClevelandClinic** ("la Empresa") en cualquier momento posterior a la recepción de esta autorización y durante el transcurso de mi relación de dependencia laboral o el ejercicio de mis actividades sin relación de dependencia (contratista, estudiante, investigador(a), voluntario/a, usuario/a remoto/a de herramientas informáticas), incluida la participación en programas de seguimiento periódico, cuando esto se permita.

Para este fin, por la presente autorizo, sin reservas, a cualquier organismo de orden público, administrador(a), agencia del estado o federal, institución, escuela o universidad (pública o privada), oficina de servicios de información, empleador(a), o compañía de seguros a suministrar todos los antecedentes que solicite **Asurint, Casilla de Correo 14730, Cleveland, OH44114, 800-906-1674, www.asurint.com**. Acepto que las copias electrónicas, fotográficas o mediante facsímil ("fax") de la presente Autorización tendrán la misma validez que el original y acepto recibir cualquier notificación relacionada con la verificación de mis antecedentes por vía electrónica.

Resumen de sus derechos bajo la ley de información crediticia imparcial. *

Falta información requerida.

Resúmenes del estado con respecto a los derechos del consumidor. *

Falta información requerida.

Seleccione la forma en que firmará este formulario electrónico. *

Firmar desde el teclado.

Falta información requerida.

Informe sobre investigación de antecedentes

Cleveland Clinic ("la Empresa") podrá obtener información sobre usted de una agencia independiente de información de consumidores con fines de empleo o voluntariado. Por ende, podrá ser objeto de un "informe de consumidor" y/o un "informe de investigación de consumidores" que tal vez incluya información sobre su personalidad, reputación general, características personales, y/o modo de vida, y que puedan involucrar entrevistas personales con fuentes como vecinos/as, amigo/as, o socios/as. Estos informes podrán contener información relacionada con su historial crediticio, sus antecedentes penales, la verificación de su seguridad social, registros automotores (registros de manejo), la verificación de su trayectoria académica o laboral, u otras verificaciones. En su carácter de empleado/a o voluntario/a de la Cleveland Clinic, también será sometido/a a programas de seguimiento automático periódico, toda vez que esto se permita.

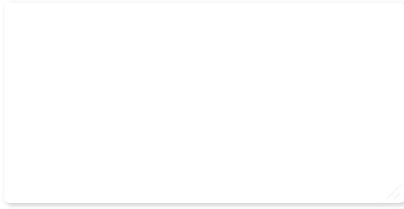
Tiene derecho, mediando solicitud por escrito presentada con la debida antelación, a consultar si se han pedido informes de consumidor sobre usted, y a requerir que se le informe sobre la naturaleza y alcance de cualquier informe de investigación de consumidores y solicitar una copia de su informe. Tenga en cuenta que la naturaleza y alcance del informe de investigación de consumidores más corriente es la trayectoria o verificación laboral. Estas pesquisas estarán a cargo de **Asurint, Casilla de Correo 14730, Cleveland, OH 44114, 800-906-1674, www.asurint.com**. Sin embargo, el alcance de esta información es general, lo cual permite a la Empresa obtener de cualquier organización externa cualquier tipo de informe de consumidor a lo largo de su vinculación laboral en la medida de lo autorizado por ley.

¿Alguna vez se lo ha condenado/a o se ha declarado culpable de algún delito grave? *

- Sí
- No

Falta información requerida.

Si la respuesta es **sí**, explique:



Por la presente brindo la siguiente información a fin de que puedan iniciarse las verificaciones de antecedentes. Estoy al tanto de que la emisión una credencial identificatoria de Cleveland Clinic no garantiza mi contratación.

Seleccione la forma en que firmará este formulario electrónico. *

 Firmar desde el teclado.

Falta información requerida.

Información personal

Nombre completo *

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Falta información requerida.

Apellido de soltera de la madre

Población *

Falta información requerida.

Número de Seguridad Social *

Falta información requerida.

Fecha de nacimiento *



Falta información requerida.

Dirección *

Dirección renglón 1

Dirección renglón 2


Ciudad

Estado

Código Postal

Falta información requerida.

 Cerrar

 Borrar

 Imprimir

 Guardar

