

Es opcional llenar este formulario

**División de Cumplimiento de Normas Laborales
Unidad de Licencias y Registración**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

NOMBRE _____
DOMICILIO _____
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____
NÚMERO TELEFONICO _____
NÚMERO DE LICENCIA/REGISTRACIÓN O CASO _____

Yo, _____ por lo presente autorizo a la División de Cumplimiento de Normas
(nombre del solicitante)
Laborales (DLSE) Unidad de Licencias y Registración a divulgar información referente a mi solicitud a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Número Telefónico: _____
La relación de esta persona conmigo: _____

Esta autorización se refiere a:

- Obtener información verbal por mi parte de la Unidad de Licencias y Registración de DLSE relacionada con el estatus de mi solicitud.
- Obtener una copia de una carta de deficiencias.
- Obtener lo siguiente: _____

Entiendo que mi autorización permanece vigente hasta nuevo aviso y que la información será tratada como confidencial en cumplimiento con todas las leyes aplicables. Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento mediante comunicación escrita y con fecha. He leído y entiendo el significado de esta autorización.

Declaro bajo pena de juramento falso de las leyes del Estado de California que lo que antecede es cierto y verdadero.

(firma de solicitante)

Ejecutado el _____ día de _____, 20____ en _____, California.
(día) (mes) (año) (ciudad)