DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PUBLICA - PO BOX 1628 - SANTA FE NM 87504-1628 ATTN: RECORDS - $15.00 POR COPIA VERIFICADA

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION SOBRE ANTECEDENTES PENALES

Nombre:_____Numero de seguridad social:_____
Fecha de nacimiento:_____

Alias' Nombre:_____ Numero de seguridad social:_____
Fecha de nacimiento:_____
Nombre:_____ Numero de seguridad social:_____
Fecha de nacimiento:_____

De conformidad con NMSA 1978, Seccion 29-10-6(A) (Repl.Pamp. 1990), de la Ley De Informacion de Registro de Arresto de Nuevo Mexico Herby Nombra:

Nombre de la agencia o persona que recibe el registro de arresto:_____

La Direccion:_____

De acuerdo con el **Articulo NMSA 1978 Seccion 29-10-6 (A) (Repl. Pamp. 1990)** del Estrado de Nuevo Mexico Registro de Informacion de Arrestos Act., por medio de la presente autorizo: **Nombre** (debe ser escrito en letra de imprenta) (Sino tiene Agente de su Nombre)
Como representante o agente autorizado para obtener e inspeccionar copias de arrestos, huellas digitales, o cualquier otro documento referente a ofensas penales.
Doy plena autorizacion a la persona o personas encargadas de dar la informacion descrita en el paragra anterior.
YO autorizo al Departamento de Seguridad Publica y a la persona o personas encargadas de dar cualquier informacion referente a mis antecedentes penales, incluyendo ofensas menores. **YO** no tomare ninguna clase de accion en contra del Estado o representante de la Ley que se encargue de dar dicha informacion, o de las consecuencias que en el futuro puedan tener para mis herederos, socios o cualquier otra persona que me representante.

Firma con tu nombre:_____ Fecha:_____

Estasdo de _____ Condado de_____

CERTIFICADO Y JURADO EN MI PRESENCIA EL DIA _____ DEL MES _____Del Ano_____.

(Sello) (LA FIRMA DE NOTARIO PUBLICO) _____

Mi Comision de Notario caduca el dia _____

For Department of Public Safety Use Only