



Departamento de Policía de la Ciudad de Santa Rosa

APLICACIÓN DE POLICÍA Y LA COMUNIDAD

Nombre: _____ Date: _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Domicilio: _____
Calle *Apartamento*

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Teléfono Celular: _____ Email: _____

Empleo: _____ Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Licencia/Número de Identificación: _____ Estado: _____

¿Por qué razón desea usted participar en el programa de Nuestra Comunidad y la Policía?

¿Por favor describa una experiencia positiva o negativa que ha tenido con alguna agencia de policía?

¿Por favor mencione en cuales actividades comunitarias usted ha participado en el pasado?

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito o crimen? Sí No Si su respuesta es sí, por favor explique qué sucedió: (No incluya violaciones de transito si la multa fue menos de \$150)

Al firmar, yo certifico que la información en este formulario es cierta y correcta.

Firma

Fecha

INSTRUCCIONES DE CÓMO REGRESAR ESTA APLICACIÓN COMPLETA

Santa Rosa Police Department – Policía y La Comunidad

Atención: Sheila McClelland, 965 Sonoma Avenue; Santa Rosa, California 95404 o FAX 707-543-3553