



STATE OF RHODE ISLAND  
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

4 Howard Avenue • Cranston, RI 02920  
(401) 274-4400 • www.riag.ri.gov

Peter F. Neronha  
Attorney General

Full Name of Applicant: \_\_\_\_\_

Maiden Name / other names used: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address of Applicant: \_\_\_\_\_

Purpose: Child Care Employment

(Example: employment, housing, expungement, internship, apostille, name change, weapons permit or purchase, etc..)

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

I \_\_\_\_\_ (print full name) hereby direct and authorize the Bureau of Criminal Identification and Investigation of the Rhode Island Department of the Attorney General to make available to Office of Licensure & Accreditation (name of entity) any State of Rhode Island criminal record, including a record of any State or local arrest, conviction, warrant, or a record of sexual offender registration, accessible by the Bureau of Criminal Identification and Investigation in reference to me.

I hereby waive and release any and all manner of actions, cause of actions, and demands of every kind, nature and description whatsoever, arising from any release of criminal records and requests therefrom, against the State of Rhode Island, Bureau of Criminal Identification and Investigation, the Attorney General, and employees of the Department of Attorney General in both law and equity which I may have now or in the future.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

Sworn to before me in the City of \_\_\_\_\_ State of \_\_\_\_\_

this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

\_\_\_\_\_  
Commission Expires

**Note: A colored photocopy of a government-issued photo identification with a date of birth must accompany this release.**



STATE OF RHODE ISLAND  
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

4 Howard Avenue • Cranston, RI 02920  
(401) 274-4400 • www.riag.ri.gov

*Peter F. Neronha*  
*Attorney General*

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera / otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_  
*(Ejemplo: empleo, vivienda, eliminación de antecedentes, pasantías, apostilla, cambio de nombre, permiso o compra de armas, etc...)*

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ (imprimir nombre completo) por la presente ordena y autoriza a la Oficina de Identificación e Investigación Criminal del Departamento del Fiscal General de Rhode Island a poner a disposición de \_\_\_\_\_ accesible por la Oficina de Identificación e Investigación Criminal en referencia a mí.

Por el presente renuncio y libero cualquier tipo de acciones, causas de acciones y demandas de todo tipo, naturaleza y descripción, que surjan de cualquier divulgación de antecedentes penales y solicitudes de los mismos, contra el Estado de Rhode Island, la Oficina de Identificación e Investigación Criminal, el fiscal general y los empleados del Departamento del Fiscal General tanto en derecho como en equidad que pueda tener ahora o en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Juramentado ante mí en la ciudad de \_\_\_\_\_ estado de \_\_\_\_\_

este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

\_\_\_\_\_  
La comisión expira

**Nota: Una fotocopia a color de una identificación con foto emitida por el gobierno con una fecha de nacimiento debe acompañar este Descargo de responsabilidad.**