



VOLUNTEER FORM I

El Formulario I para voluntarios aplica para todos los voluntarios que tengan contacto limitado con los alumnos.

El Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley quisiera expresarle nuestro agradecimiento por su deseo de ser voluntario. La práctica y norma del Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley es inspeccionar a todos los voluntarios.

Por favor escriba en LETRA IMPRESA la información que se solicita abajo:

| | | |
|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre de pila, Segundo nombre) | Fecha de nacimiento | |
| Domicilio (Calle, Ciudad, Código postal) | Teléfono celular | |
| Correo electrónico | Teléfono de casa | |
| Ubicación del voluntario (escuela/departamento) | Nombre del alumno | Nombre del maestro/a |

Revisión:

- Debe proporcionar una identificación válida con fotografía (ID de CA o pasaporte) para sacarle fotocopia.
- El proceso por el sistema de Raptor debe demostrar que el voluntario no es un agresor sexual registrado.
- Prueba de estar libre de tuberculosis (recomendado)

Los voluntarios que tengan contacto limitado con los alumnos son inspeccionados solamente para determinar que NO son agresores sexuales registrados, según el Código Penal 290. **Los voluntarios no pueden comenzar sus labores hasta que se haya aprobado este proceso.**

Además, el Departamento de Salud y el Distrito les recomienda obtener una certificación del examen de tuberculosis (Mantoux o PPD solamente) para la seguridad de los alumnos, pero no es requerida.

Nuevamente gracias por servir como voluntario del SVUSD.

Firma del director

Fecha

Entiendo que los voluntarios no reciben compensación, y que solamente puedo proporcionar asistencia bajo la dirección y supervisión de un empleado del Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley.

Entiendo que mis servicios como voluntario están a la discreción de la Mesa Directiva, por medio de su designado, el director de la escuela, y que mis servicios se pueden dar por terminados en cualquier momento.

Por la presente certifico que he recibido, leído, y accedo a cumplir con los documentos que se mencionan abajo como lo indican mis iniciales y mi firma que aparece abajo.

Notificación MPN del material correcto _____
Pre-asignación del control médico _____
Folletos para empleados nuevos – indemnización al trabajador _____

Firma del voluntario

Fecha