



PPR-154.2
 Rev. 07/2024

CONSENTIMIENTO PARTICIPACIÓN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD

Fecha	Hora	Lugar Otorga Consentimiento	
Nombre legal		Nombre Preferido	
Dirección Residencial			
Teléfono		Teléfono móvil	
Dirección Lugar de Trabajo			
Teléfono		Teléfono Alterno	
Lugar de Estudio		Teléfono	
Dirección Alternativa		Teléfono	
AUTORIZACIÓN			
Yo _____, autorizo al Negociado de la Policía de Puerto Rico y/o Policía Municipal de _____, a realizar vigilancia diaria en mi hogar o residencia, así como en mi Centro de Trabajo. <input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No Autorizo _____ iniciales			
Relevo de Confidencialidad			
La divulgación de información a terceros de la información contenida en este documento es una decisión voluntaria. Usted no tiene la obligación de prestar su consentimiento para que se divulgue la información suya a tercero. ¿Usted entiende que es un derecho constitucional y protegido por ley de no divulgar esta información a un tercero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ iniciales. Autoriza que la información contenida en este documento provista por usted, sea divulgada solamente a las personas autorizadas a cumplir con la vigilancia diaria a mi hogar o residencia o lugar de trabajo. <input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo _____ iniciales			
Relevo de Responsabilidad			
Entiendo y autorizo al Negociado de la Policía de Puerto Rico a divulgar la información contenida en este consentimiento y eximo al Negociado de la Policía de Puerto Rico, Policía Municipal de _____, de toda reclamación civil por daños y perjuicios de cualquier índole que pudiera surgir de la divulgación o uso de cualquier información o registro en virtud del presente relevo o que estuviera relacionada de cualquier forma con dicha divulgación o uso.			
Nombre Persona Otorga Consentimiento		Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)
Nombre de la Persona que Orienta		Firma de la Persona que Orienta	Puesto



PPR-154.2
 Rev. 07/2024

CONSENT TO PARTICIPATE IN THE PREVENTION AND SAFETY PROGRAM

Date	Hour	Location of the Consent	
Complete Name			Nickname or Preferred Name
Address (Residential)			
Phone Number		Mobile telephone	
Workplace Address			
Workplace phone number		Phone number	
Address of the Educational Center			
Phone Number		Phone Number	
Other Address			

AUTHORIZATION

I, _____, authorize the Puerto Rico Police Bureau and/or the Municipal Police of _____, to conduct daily surveillance at my home or residence, as well as at my workplace.

Confidentiality Release

Disclosure to third parties of the information contained in this document is a voluntary decision. You are under no obligation to consent to the disclosure of your information to a third party.

Do you understand that it is a constitutional and legally protected right not to disclose this information to a third party?

Yes No _____ Initials

I authorize that the information contained in this document, may be disclosed only to persons authorized to perform the daily surveillance of my home or residence or place of work.

Authorize Do Not Authorized _____ Initials

Release of Responsibility

I understand and authorize the Puerto Rico Police Bureau to disclose the information contained in this document. I also, Release the Puerto Rico Police Bureau and/or the Municipal Police of _____, from any civil claims for damages of any kind that may arise from the disclosure and/or use of any information or record pursuant to this release or in any way related to such disclosure or use.

Name of Person Giving Consent	Signature	Date (dd/mm/yyyy)
Name of Person who gives the guidance	Signature	Position