

AUTORIZACION PARA PUBLICAR INFORMACION

Yo autorizo y le dirijo a usted a publicar cualquier y todos los registros en su posesión que contienen información relacionada a mi identidad, tal como sea requerida por la Oficina de Protección a la Privacidad de Wisconsin. Las copias de los registros deberán ser enviadas a la Oficina de Protección a la Privacidad de Wisconsin, PO Box 8911, Madison, Wisconsin 53708-8911.

La Oficina de Protección a la Privacidad de Wisconsin, y otras entidades competentes que están cooperando en éste asunto, usarán ésta información para investigar mi queja de Robo de Identidad.

Yo entiendo que, como víctima de Robo de Identidad, tengo derecho a obtener copias de los registros que contienen información relacionada al uso fraudulento de mi identidad, y dirigir que esas copias de éstos registros sean enviadas a cualquier entidad competente a nivel federal, estatal y local que yo especifique, de acuerdo al Acta federal de Reporte de Crédito Justo (Federal Fair Credit Reporting Act FCRA, 15 U.S.C 1681 et seq.).

Una copia de ésta autorización deberá ser tan válida como la original. Esta autorización deberá ser válida por un período de un año a partir de la fecha en la que ha sido firmada.

Firma _____ Fecha _____

Nombre escrito _____

Dirección _____
