

*Ciudad de Boston--Oficina del secretario municipal*  
**DIVISIÓN DE ARCHIVOS Y GESTIÓN DE REGISTROS**  
*201 Rivermoor Street, West Roxbury, MA 02132*  
*617-635-1195; Fax: 617-635-1194; correo electrónico: archives@cityofboston.gov*

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DEL EXPEDIENTE ACADÉMICO**

Para Mí

Solicito inspeccionar o asegurar una copia de mi expediente académico. Si es para un tercero (como una escuela o un empleador), confirme si aceptará copias personales. A menudo, los terceros requieren que enviemos la copia directamente a ellos.

Para terceros

Doy permiso a las siguientes partes para que inspeccionen o aseguren una copia de mi expediente académico.

---

---

---

\*\*\*\*\*

---

Nombre al asistir a la escuela

---

Fecha de nacimiento

---

Escuela

---

Año en que dejó la escuela

---

¿Se graduó?

\*\*\*\*\*

---

Firma del exalumno

---

Dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico

---

La fecha de hoy