



**Cuidad de Arvin  
Oficina del Clerk de la Cuidad  
Solicitud para examinar / Copiar records publicos**

Es nuestro deseo servirle eficientemente respecto a su petición, le pedimos que usted complete esta solicitud. Esto permitirá a nuestros empleados investigar y duplicar la información que usted solicita en una manera oportuna.

**Habr  un costo de 50 centavos por el costo de cada copia.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono/ Correo electrónico/Fax: \_\_\_\_\_

Solicito para  examinar  copiar los siguientes records públicos:  
(POR FAVOR SEA ESPECÍFICO)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Número de copias solicitadas:** \_\_\_\_\_

**LO QUE USTED SOLICITO SERÁ PROCESADO EN CUMPLIMIENTO CON EL ACTO DE RECORDS PÚBLICOS. De acuerdo con la sección del código del Gobierno de California 6253 (c),** después del recibo de su solicitud una copia de los records será proporcionada dentro del plazo de 10 (diez) días después de recibir tal solicitud. Entiendo que será notificado si mas de 10 (diez) dias son requeridos para proporcionar la información. Me han informado que el costo para los servicios de la solicitud de registro son 50(cincuenta) centavos por página fotocopiada; y entiendo que el pago es requerido al recibir los records solicitados. Será contactado cuando la información est  lista.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_

<b>SOLAMENTE PARA USO OFICIAL</b>	
Date stamp receipt of request form: _____	
Initial of City Staff member accepting request: _____	
Date request filled: _____	Date notified request filled: _____
Request filled by: _____	
Fee paid: _____	Date paid: _____