

DOÑA ANA COUNTY HEAD START

**AFFIDAVIT OF CONFIDENTIALITY
FOR POLICY COUNCIL REPRESENTATIVES/ALTERNATES/
COMMUNITY MEMBERS**

I, _____
(Print Name)

will treat all Policy Council information regarding personnel issues or hiring/termination transactions as highly confidential. Specific personnel information shall not be divulged, directly or indirectly, to any other individuals or groups.

By signing this document I am acknowledging that I understand the seriousness of the confidentiality requirements and that a breach may make me liable to a lawsuit.

Signature

Date

DOÑA ANA COUNTY HEAD START

La DECLARACION DE la CONFIDENCIALIDAD PARA MIEMBROS del CONCILIO DE PÓLIZAS / SUPLENTEs de CONCILIO / MIEMBROS de la COMUNIDAD

I, _____
(Imprima Nombre)

tratará toda la información del Concilio de Pólizas con respecto a asuntos de personal o transacciones de emplear/terminación como sumamente confidencial. Específico la información del personal no será divulgada, directamente ni indirectamente, a cualquiera otros individuos o agrupa.

Firmando este documento yo reconozco que comprendo en la seriedad de los requisitos de la confidencialidad y que una infracción puede hágame responsable a un pleito.

Firma de Miembro

Fecha