

**ESTADO DE CALIFORNIA – DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES  
Y REHABILITACION**

---

**JUNTA DE AUDIENCIAS DE LIBERTAD CONDICIONAL**

P.O. BOX 4036  
SACRAMENTO, CA  
95812-4036



**AVISO DE AUDIENCIA DE IDONEIDAD SUBSECUENTE**

**Nombre:** [NOMBRE]  
**CDC#:** [CDCR #]  
**Institución:** [Ubicación SOMS]  
**Tipo:** [Tipo de Procedimiento]  
**Fecha:** [Fecha del Procedimiento]  
**Hora:** [Hora]  
**Ubicación:** [Ubicación del Procedimiento]

[Nombre de la Persona Encarcelada]

[CDCR #]

[INST]