

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]