

Wyraz

niezadowolenia ze względu na pracę Policji

Składając ten formularz wyrażasz zgodę na użycie podanych informacji przy rozpatrywaniu sprawy, w innych kartotekach policyjnych oraz do użytku statystycznego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

DANE OSOBOWE SKŁADAJĄCEGO SKARGĘ						
Nazwisko:				Tytuł:		
Imiona:						
Data Urodzenia:		Wiek:		Zawód:		
Miejsce urodzenia:						

DANE KONTAKTOWE SKŁADAJĄCEGO SKARGĘ:						
Adres:						
Kod pocztowy:				Email:		
Numer kontaktowy:				Numer tel:		
Preferowany sposób kontaktu:						

DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ: (członek rodziny, znajomy lub prawnik działający w twoim imieniu)						
Reprezentuje:						
Osoba kontaktowa:						
Nazwa firmy:						
Adres:						
Kod pocztowy:				Email:		
Numer kontaktowy:				Numer tel:		
Fax:						

<input type="checkbox"/>	Zaznaczając potwierdzasz wyrażenie zgody na działanie w rozpatrywaniu tej skargi.
.	

SZCZEGÓŁY SKARGI						
Data wydarzenia:	Od:			Do:		

OFFICIAL WHEN COMPLETE

Godzina wydarzenia:	Od:		Do:	
Miejsce:			Numer sprawy:	

OPIS SKARGI

Proszę opisać okoliczności, które doprowadziły do Twojej skargi. Załącz poniższe informacje:

- Osoby biorące udział
- Opis wydarzenia
- Czy wystąpiły straty i urazy?
- Podsumowanie skargi

OCZEKIWANY PRZEZ CIEBIE REZULTAT

OKOLICZNOŚCI SKARGI

Jeśli skarga dotyczy dyskryminacji proszę zaznaczyć odpowiednią kategorię:

Wiek:	Niepełnosprawność:	Zmiana płci:	Małżeństwo i związek:	Macierzyństwo:
Rasa:	Wiara lub religia:	Płeć:	Orientacja seksualna:	Zdrowie psychiczne:

Czy skarga wynika z aresztowania:

Jeśli tak, podaj status sprawy:

Jeśli zostałeś/aś skazany/a podaj nazwę sądu odwoławczego:

Data rozprawy sądowej:

POLICJANCI BĘDĄCY PRZEDMIOTEM SKARGI

Stopień:	Numer:	Imiona:	Nazwisko:	Miejsce pracy:

ŚWIADKOWIE

Nazwisko:		Tytuł:	
Imiona:			
Adres:			
Kod pocztowy:		Email:	
Numer kontaktowy:		Numer tel:	

POTWIERDZENIE

Zaznaczając: najlepszą wiedzą.

Data

DODATKOWE INFORMACJE (w tej sekcji opisz wszystkie dodatkowe istotne informacje)

Załącz opis specjalnych wymagań lub dodatkowego wsparcia jakiego możesz wymagać przy składaniu tej skargi.

FORM COMPLETED BY (if completed by Force)			
Name:			
Number:			
Area:		Police Station:	
Date of Completion:			

FORMULARZ MONITOROWANIA RÓWNOUPRAWNIENIA

Służba Policji dokłada wszelkich starań w zapewnianiu równouprawnienia w traktowaniu obywateli niezależnie od rasy, płci, stanu cywilnego, wieku lub niepełnosprawności. Dotyczy to wszystkich obszarów obsługi obywatela. W celu monitorowania naszych starań prosimy o wypełnienie poniższego formularza. Jeśli wolisz nie odpowiadać na te pytania, nie będzie to miało żadnego wpływu na twoją skargę:

Płeć:			
Orientacja seksualna:			
Niepełnosprawność:		Inne niepełnosprawności - Opisz:	
Przynależność klasowa:			
Wiara/wyznanie:		Inne religie/wyznania - Opisz:	
Email:			ZŁÓŻ

OFFICIAL WHEN COMPLETE

Copyright: © 2017 Force Information Systems Limited