



DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE BARNSTABLE

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÕES PADRÃO

PROFISSIONAIS

Número de formulário 05-03 (Revisado)

Data de vigência: 25/11/2008

Reclamação: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

Natureza da reclamação (Descreva o incidente e inclua a data, hora, local do incidente e o nome, cargo, crachá ou número de identificação ou uma descrição do funcionário envolvido, se conhecido):

Continue em uma folha separada, se necessário

EU ESTOU/NÃO ESTOU disposto a testemunhar em qualquer audiência necessária sobre este assunto.

Nomes, endereços e números de telefone de quaisquer testemunhas:

- 1) _____
- 2) _____

***Certifico que, tanto quanto é do meu conhecimento, as declarações aqui feitas são verdadeiras.
Também entendo que esta declaração foi assinada sob pena de perjúrio.***

Assinatura do Reclamante: _____ Data e hora: _____

Assinatura do Supervisor de Admissão: _____ Data e hora: _____

Cópia fornecida pelo reclamante deste formulário: ☐ SIM ☐ NÃO

☐ Pessoalmente ☐ Via correio

Número de ID de PSO _____

PSO revisado por: _____ Data: _____