

برنسٹیل پولیس ڈیپارٹمنٹ
BARNSTABLE POLICE DEPARTMENT
پیشہ ورانہ معیارات کا شکایت فارم



تاریخ موثریت: 2008/25/11

فارم # 05-03 (نظر ثانی شدہ)

شکایت کنندہ/مدعی:

پتہ:

ٹیلیفون:

تاریخ پیدائش:

شکایت کی نوعیت (براہ مہربانی وقوعہ کی وضاحت کریں اور وقوعہ کی تاریخ، وقت، مقام اور نام، رینک، بیج یا شناختی نمبر یا اس میں ملوث ملازم کی تفصیل شامل کریں، اگر معلوم ہوں):

اگر ضروری ہو تو علیحدہ پرچہ پر جاری رکھیں

میں اس معاملے پر کسی بھی مطلوبہ سماعت پر گواہی دینے کے لیے تیار ہوں / نہیں ہوں۔

کسی بھی گواہ کے نام، پتے اور فون نمبر:

(1)

(2)

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میری بہترین معلومات کے مطابق، یہاں دینے گئے بیانات درست ہیں۔

میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس بیان پر جھوٹی گواہی کے سبب تکالیف اور سزا کے مستوجب ہونے کو مدنظر رکھ کر دستخط کیے گئے ہیں۔

شکایت کنندہ کے دستخط:

تاریخ اور وقت:

انٹیک سپروائزر کے دستخط:

تاریخ اور وقت:

بذریعہ ڈاک ☐

شخصی طور پر ☐

نہیں ☐

ہاں ☐

شکایت کنندہ کو اس فارم کی فراہم کردہ کاپی:

PSO آئی ڈی #

تاریخ:

PSO جائزہ بطرف: