EMPLOYEE COMPLAINT FORM

Control # - _____

Querellante

Nombre:_____ _____ ____
Pas *Pri* *M.I.*

División / unidad / Squad:_____

De supervisor nombre:_____

WITNESS(s)

Dirección: 1. _____ teléfono #:_____

_____

_____

2. _____ teléfono #:_____

_____

_____

Incidente de

Ubicación: _____ caso #:_____

_____

Fecha:_____ **Tiempo de:** **_____AM/PM**

Funcionario y empleado nombre (s) de_____ID#_

_____ ID #_

Si desconocido-Descripción_____

_____

Formulario # CPD 2010-1

<u>Detalles de la queja</u> (Para ser llenado por el querellante)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Sientes que este una queja Biased? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Sientes que esto es una denuncia de Acoso Sexual? **Sí** ☐ **No** ☐

¿Lo que percibes que una resolución aceptable a esta queja?

_____

_____

_____

Me_____, por este medio afirman que la anterior información proporcionada por mí es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que falsa, declaraciones engañosas o falsas, acusaciones o denuncias, en el presente hechas por mi, ya sea verbalmente o por escrito, a cualquier persona que se investiga esta queja, pueden someterme a procesamiento civil o criminal para presentación de un falsa informe bajo Inc. 316.067, F.S. 817.49, o Inc. 837.06

Me doy cuenta que puede que sea necesario durante la investigación de esta denuncia, para poder reunirse con un miembro del Departamento del policía de cacao para discutir esta queja, ya sea en la presencia o ausencia de los acusados miembros del Departamento a la discreción de la Departamento. Acepta la premisa de que si alguna acción se inicia a través de una audiencia administrativa, como resultado de mi queja, mi testimonio antes de las audiencias puede ser necesaria. Por la presente acepto hacerme para el mencionado tribunal o audiencias administrativas cuando así se lo soliciten.

_____

Firma del reclamante

Sworn and subscribed before me this

_____ Day of_____, 20____.

_____ _____

Notary Public/LEO in performance of lawful duties **My Commission Expires**

Departamento solo para uso
(Para ser completado por el funcionario receptor)

Receiving Officer

Name:_____

Date:_____ Time:_____AM/PM

Receiving Officer's Observations of the Complainant:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Complainant Furnished Copy of Complaint? Yes / No

Copy Furnished By: _____

Date: _____ Time: _____ AM/PM

Related Case # (s) - _____

_____ _____
Signature of Receiving Officer ***Printed Name of Receiving Officer***

Administrative Use Only

Reviewed By:

_____ **Date: _____**

Assigned To:

_____ **Date: _____**

CC / IA

Received By:

_____ **Date: _____**

Notes: