



DEPARTAMENTO DE POLICIA DE CENTRAL FALLS

QUEJAS DE LOS CIUDADANOS/ FORMA DE COMPLEMENTO



POR FAVOR RELLENE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. ASIMISMO, AYUDARÁ A LOS INVESTIGADORES A INVESTIGAR LOS HECHOS DEL INCIDENTE.

QUEJAS/ INFORMACIÓN DE COMPLEMENTO

Nombre de demandante (su nombre):			
Dirección: (calle/ciudad/estado/codigo postal)			
Numero de Telefono(s)	(Casa)	(Trabajo)	(Otro)
Dirección para recibir correo (si es diferente de la de arriba):			

FECHA Y LOCALIDAD DE INCIDENTE

Localidad:	Fecha:	Hora:

INFORMACIÓN DE TESTIGOS

Nombre de Testigos	Dirección	Numero de Telefono	Relación al Testigo
1)			
2)			
3)			

IDENTIDAD DE LA POLICÍA

Nombre del Oficial:	Numero de Oficial:	Descripcion del vehiculo de Oficial:

Descripción de Circunstancias

(Favor de escribir en este espacio abajo las detalles de su queja.)

Firma de Quejante/Complementor	Escriba el nombre del Quejante / Complementor	Fecha
Firma del Padre / Tutor	Nombre del Padre/Tutor	Fecha

FORMULARIOS COMPLETADOS PUEDEN SER SOMETIDO

En Persona	Por favor incluya la forma en un sobre marcado con la atención de la "Oficina de Normas Profesionales y Formación".
Por Correo	Central Falls Police Department 160 Illinois St. Central Falls, RI 02863