

Departamento de Policía de Lowell

50 Arcand Drive Lowell, MA 01852

978-937-3200

Formulario de Denuncia para Ciudadanos

Instrucciones:

1. Complete este formulario lo más detalladamente posible.
2. Complete este formulario y devuelva al Departamento Profesional de la Policía de Lowell.

INFORMACION DE DENUNCIANTE Este formulario debe ser llenado por el denunciante.

| | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------|
| Apellido | Primer Nombre | Ini..Seg.Nombre | Fecha de nacimiento | Raza |
| Teléfono (casa) | Teléfono (trabajo y # de extensión) | | Otros números de contacto | |
| Dirección | Pueblo- Ciudad | | Estado | Código Postal |

Oficial (es) Envuelto

| | | | | |
|--------------------|-------|---------|---------|--|
| Nombre del Oficial | Rango | Placa # | Carro # | Descripcion del Oficial (Si desconoce el nombre) (altura, peso, ojos y/ o cualquier otro letrado descriptivo.) |
| Nombre del Oficial | Rango | Placa # | Carro # | Descripcion del Oficial (Si desconoce el nombre) (altura, peso, ojos y/ o cualquier otro letrado descriptivo.) |
| Nombre del Oficial | Rango | Placa # | Carro # | Descripcion del Oficial (Si desconoce el nombre) (altura, peso, ojos y/ o cualquier otro letrado descriptivo.) |

Informacion de Testigos

| | | | |
|-----------|----------------|------------|---------------|
| Apellido | Primer Nombre | Inic. Seg. | Telefono |
| Direccion | Pueblo- Ciudad | Estado | Codigo Postal |

| | | | |
|-----------|----------------|------------|---------------|
| Apellido | Primer Nombre | Inic. Seg. | Telefono |
| Direccion | Pueblo- Ciudad | Estado | Codigo Postal |

Detalles del Incidente

| | | |
|---------------------|--------------------|------------------------------------|
| Fecha del incidente | Hora del incidente | # de reporte policial (si lo sabe) |
| Lugar del incidente | | |

Naturaleza de la Denuncia
