

**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
DE LOWELL**

50 Arcand Drive Lowell, MA 01852
978-937-3200

**FORMULÁRIO DE
RECLAMAÇÃO DO CIDADÃO**

Instruções:

1. Preencha este formulário com o maior número de detalhes possível.
2. Entregue o formulário preenchido à Lowell Police Professional Standards Division.

INFORMAÇÃO DO RECLAMANTE Este formulário deve ser preenchido pela pessoa fazendo a reclamação.

SOBRENOME	PRIMEIRO NOME	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA
TELEFONE DE CASA	TELEFONE DO TRABALHO E RAMAL	OUTRO TELEFONE DE CONTATO	
ENDEREÇO	VILA/CIDADE	ESTADO	ZIP

AGENTES POLICIAIS ENVOLVIDOS

NOME DO AGENTE	POSTO	CRACHÁ N°	CARRO N°	Descrição do Agente (se nome desconhecido) (altura, peso, olhos e/ou quaisquer outras características de destaque.
NOME DO AGENTE	POSTO	CRACHÁ N°	CARRO N°	Descrição do Agente (se nome desconhecido) (altura, peso, olhos e/ou quaisquer outras características de destaque.
NOME DO AGENTE	POSTO	CRACHÁ N°	CARRO N°	Descrição do Agente (se nome desconhecido) (altura, peso, olhos e/ou quaisquer outras características de destaque.

INFORMAÇÕES DE TESTEMUNHAS

SOBRENOME	PRIMEIRO NOME	INICIAIS	TELEFONE
ENDEREÇO	VILA/CIDADE	ESTADO	ZIP

SOBRENOME	PRIMEIRO NOME	INICIAIS	TELEFONE
ENDEREÇO	VILA/CIDADE	ESTADO	ZIP

DETALHES DO INCIDENTE

DATA DO INCIDENTE	HORA DO INCIDENTE	RELATÓRIO DE POLÍCIA N° (se conhecido)
LOCAL DO INCIDENTE		

CARACTERÍSTICAS DA RECLAMAÇÃO
