|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE FREMONT FORMULARIO DE INFORME DE CONDUCTA DEL EMPLEADO** | | | | | |
| QUEJA\* | PREOCUPACIÓN/ PREGUNTA PROCESAL | | | FELICITACIÓN | |
| Su nombre: Sexo: Edad: | | | | | |
| Domicilio: Teléfono: (Hogar) (Celular) | | | | | |
| Fecha del incidente: Hora: Ubicación: | | | | | |
| Método de información:  Personalmente  Por correo  Teléfono | | | | | |
| Nombre del empleado involucrado: | | | Número de identificación: | | Número de vehículo: |
| Número de informe policial: Descripción del incidente: | | | | | |
| Por favor brinde los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier persona que pudiera tener conocimiento de este incidente. | | | | | |
| Nombre:  Dirección:  Teléfono: | | Nombre:  Dirección:  Teléfono: | | | |
| **TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA UN OFICIAL DE POLICÍA POR CUALQUIER CONDUCTA POLICIAL INAPROPIADA. LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE ESTA AGENCIA TENGA UN PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR LAS QUEJAS DE CIVILES. TIENE EL DERECHO A UNA DESCRIPCIÓN POR ESCRITO DE ESTE PROCEDIMIENTO. ESTA AGENCIA PODRÁ CONCLUIR LUEGO DE UNA INVESTIGACIÓN QUE NO HAY EVIDENCIA SUFICIENTE QUE JUSTIFIQUE UNA ACCIÓN SOBRE SU QUEJA; INCLUSO SI ESE ES EL CASO, TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA Y QUE SE INVESTIGUE SI CREE QUE UN OFICIAL SE HA COMPORTADO DE MANERA INADECUADA. LAS QUEJAS DE CIVILES Y CUALQUIER INFORME O CONCLUSIÓN RELATIVA A QUEJAS DEBEN SER CONSERVADAS POR ESTA AGENCIA AL MENOS CINCO AÑOS.**  **ES CONTRARIO A LA LEY HACER UNA QUEJA QUE USTED SABE QUE ES FALSA. SI REALIZA UNA QUEJA CONTRA UN OFICIAL SABIENDO QUE LA DECLARACIÓN ES FALSA, PUEDE SER PROCESADO POR UN CARGO DE DELITO MENOR (Código Penal 148.6).**   * He leído y comprendo la declaración anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (\*Se requiere para que la queja sea investigada formalmente) | | | | | |
| **Declaración**  (Comenzar la narración en esta página y continuar en una hoja complementaria, si es necesario) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| La declaración continúa en la hoja complementaria:  Sí  No | | | | | |
| Firmado por: Fecha/Hora: | | | | | |
| Informe recibido por: Fecha/Hora: | | | | | |