DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE SANTA FE
SINGULARIZACIÓN DESCRIMINATORIA
FORMULARIO DE QUEJAS

Nombre: _____ _____
Letra de molde Firma

Dirección: _____ _____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ _____ _____
Celular Casa Empleo

Fecha del Incidente: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Agente(s) de la policía involucrados (describa a los agentes si no se sabe sus nombres):
_____
_____

Nombres de los testigo(s) y datos para comunicarnos con ellos:
_____
_____
_____

Acción tomada en contra de mí. Fui:
- ☐ Interrogado/a y puesto/a en libertad
- ☐ Citado/a
- ☐ Detenido/a

Declaro que fui singularizado/a de una manera discriminatoria por mi: (marque todos los apropiados)

☐ Raza ☐ Etnicidad ☐ Color ☐ Origen nacional ☐ Idioma

☐ Género ☐ Identidad de género ☐ Orientación sexual ☐ Asociación política

☐ Religión ☐ Condición física o mental ☐ Otro: _____

Declaro que un/os agente(s) del Departamento de Policía de Santa Fe se valió o valieron de una singularización descriminatoria en sus tratos conmigo de la siguiente manera (en el reverso de esta página o en una(s) hoja(s) por separado,describa detalladamente la interacción que tuvo con el/os policía(s) empezando con lo que estaba haciendo antes que el /os policía(s) hicieran contacto con Ud. y lo que hicieron y le dijeron cada uno de los agents de la policía.

_____ _____
Empleado que acepta el formulario de quejas Fecha