Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Człuchowie
ul. Szczecińska 16
77-300 Człuchów

Człuchów, dnia ..... r.

Prokuratura Rejonowa w Człuchowie

L.dz. .....

Zawiadamiający: .....
(imię i nazwisko)
Nr telefonu: .....

ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Niniejszym składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wykorzystywania seksualnego małoletniego ..... *(imię i nazwisko, data urodzenia)*
przez ..... *(imię i nazwisko domniemanego sprawcy).*

Uzasadnienie

W trakcie wykonywania przez ..... (imię i nazwisko pracownika)
czynności służbowych w odniesieniu do małoletniego ..... (*imię i nazwisko małoletniego*),
dziecko ujawniło niepokojące treści dotyczące relacji z .....
oraz zachowań o charakterze seksualnym ..... wobec niej/niego[1].
Dalszy opis podejrzenia popełnienia przestępstwa .....
.....
.....

Mając na uwadze powyższe informacje, a także dobro i bezpieczeństwo małoletniej, wnoszę o wszczęcie postępowania w tej sprawie.

Lekarzem/psychologiem prowadzącym leczenie/terapię małoletniego jest .....
..... *(imię, nazwisko, telefon służbowy, adres placówki).*

W przypadku konieczności przesłuchania lekarza .....
wnoszę o uprzednie zwolnienie go z tajemnicy zawodowej[2].

Wszelką korespondencję w sprawie proszę przesyłać na adres korespondencyjny, z powołaniem się na numer i liczbę dziennika pisma.

.....
podpis zawiadamiającego

Załączniki:
.....

---

[1] *Opis sytuacji, która miała miejsce. Należy uzupełnić zgodnie z tym, co się wydarzyło (ważne jest, by zaznaczyć np.: kiedy i gdzie miało miejsce zdarzenie, kto mógł je widzieć/wiedzieć o nim, kto mógł popełnić przestępstwo).*

[2] *Z tajemnicy zawodowej lekarza zwalnia sąd na wniosek prokuratora*