

**DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE SANTA FE
SINGULARIZACIÓN DISCRIMINATORIA
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 discriminatoria 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