

Miejscowość, dnia ..... r.

Nr pisma wychodzącego/sygnatura sprawy

Prokuratura Rejonowa

w Garwolinie

Aleja Legionów 43

Zawiadamiający: SP ZOZ W GARWOLINIE  
Reprezentowany przez: .....

Ul. Lubelska 50, 08-400 Garwolin

### ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Działając w imieniu SP ZOZ w GARWOLINIE) składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ..... (wskazać nazwę lub opisać zdarzenie) przez ..... (imię i nazwisko domniemanego sprawcy) na małoletnim/małoletniej ..... (imię i nazwisko, data urodzenia), zamieszkałego/zamieszkałej w ..... (adres)

#### Uzasadnienie

W trakcie wykonywania przez ..... (imię i nazwisko pracownika podmiotu medycznego) obowiązków służbowych polegających na ..... (np. prowadzeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, procesu terapeutycznego, procesu usprawniania – rehabilitacji) ..... (imię i nazwisko małoletniej) – ujawnił/a on/a ..... (np. niepokojące treści dotyczące zachowań na tle seksualnym, zgłosił akt gwałtu, wykorzystania seksualnego).

[Opis zdarzenia, dalsze ustalenia: warto dodać kiedy i gdzie doszło do zdarzenia, czy byli świadkowie]

.....  
.....

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

Osobą prowadzącą terapię jest: ..... (imię i nazwisko pracownika, telefon służbowy, adres podmiotu medycznego)

.....  
podpis zawiadamiającego