**Upoważnienie**

**Do zapoznania się z aktami oraz zobowiązanie do zachowania tajemnicy w zakresie sprawy sygnalisty**

**Jednostka:** Komenda Powiatowa Policji w Kartuzach  
**Adres:** ul. Sambora 41 , 83-300 Kartuzy

**Data:** ……….

Wydane na postawie *§ 8 ust. 4 procedury przyjmowania zgłoszeń zewnętrznych, naruszeń prawa w Komendzie Powiatowej Policji w Kartuzach*

**Upoważniający:** *(stopień, imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

………………………………………..

(pieczęć, podpis)

**Upoważniony:** *(imię i nazwisko, stanowisko)*

………………………………………..

(pieczęć, podpis)

**Zakres Upoważnienia:**

1. Zapoznanie się z aktami sprawy i podjęcie stosownych działań w zakresie wykorzystania specjalistycznej wiedzy;
2. Upoważniony zobowiązany jest do zapewnienia poufności wszystkich informacji związanych z rozpatrywaniem zgłoszenia zgodnie z polityką Komendy i obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

**Okres Upoważnienia:**

* Bezterminowo[[1]](#endnote-2) (na czas rozpatrzenia zgłoszenia wskazanego w pkt 1)
* Data rozpoczęcia:
* Data zakończenia:

**Odpowiedzialność Dyscyplinarna:**

Naruszenie procedur rozpatrywania zgłoszeń zewnętrznych, w szczególności zasady poufności może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami wewnętrznymi Komendy.

Niniejsze upoważnienie zostało sporządzone w jednym egzemplarzu celem włączenia do akt postępowania.

……………………………………….

(data i podpis czytelny Upoważnionego) Niepotrzebne skreślić

1. [↑](#endnote-ref-2)