

klauzula tajności

ZATWIERDZAM

miejsowość, data

(podpis, data, pieczęć)

nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej Policji
nr rej. dokumentu

Egz. pojedynczy

KOMENDANT GŁÓWNY POLICJI¹⁾
KOMENDANT CENTRALNEGO BIURA ŚLEDZCZEGO POLICJI¹⁾
KOMENDANT BIURA SPRAW WEWNĘTRZNYCH POLICJI¹⁾
KOMENDANT WOJEWÓDZKI POLICJI w _____¹⁾

WNIOSEK NR _____
(numer w rejestrze)

o wyrażenie zgody na zaprzestanie czynności z powodu trwałego braku możliwości ich wykonywania

Na podstawie § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 13 marca 2002 r. w sprawie sposobu przeprowadzania i dokumentowania przez Policję niejawnego nadzorowania wytwarzania, przemieszczania, przechowywania i obrotu przedmiotami przestępstwa (Dz. U. poz. 239, z 2014 r. poz. 1351 oraz z 2018 r. poz. 1097) wnoszę o wyrażenie zgody na ZAPRZESTANIE czynności niejawnego nadzorowania wytwarzania¹⁾, przemieszczania¹⁾, przechowywania¹⁾, obrotu¹⁾ przedmiotami przestępstwa w sprawie _____ pod kryptonimem _____ prowadzonej przez _____ dotyczącego przestępstwa wymienionego w art. 19 ust. 1 pkt ___ ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2017 r. poz. 2067 i 2405 oraz z 2018 r. poz. 106, 138, 416, 650, 730 i 1039) i określonego w art. _____, zarządzonych w dniu _____, zarządzeniem nr _____

UZASADNIENIE: (wskazanie okoliczności powodujących trwały brak możliwości wykonywania czynności)

**KIEROWNIK JEDNOSTKI POLICJI¹⁾ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ POLICJI
WŁAŚCIWEJ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI OPERACYJNO-ROZPOZNAWCZYCH¹⁾**

(podpis, data, pieczęć)

Wykonano w 1 egzemplarzu

Sporządził: _____

Wykonał: _____

ODN nr rej. _____

klauzula tajności

¹⁾ Niepotrzebne skreślić lub usunąć.