

## Karta daktyloskopijna palców do eliminacji śladów

kartę po wykorzystaniu w sprawie, do której zostały pobrane odciski linii papilarnych, należy niezwłocznie usunąć z akt sprawy i zniszczyć

Nazwisko				
Imię		Data urodzenia		
		rok	miesiąc	dzień
Adres zamieszkania				
Odciski pobrano w celu wyeliminowania przypadkowych śladów linii papilarnych ujawnionych do sprawy: znak i numer sprawy .....				
Wyrażam zgodę na pobranie odcisków palców ..... czytelny podpis osoby daktyloskopowanej				
..... czytelny podpis osoby daktyloskopującej				

P	1. wielki palec	2. wskazujący palec	3. środkowy palec	4. serdeczny palec	5. mały palec
50 mm		40 mm		40 mm	
L	6. wielki palec	7. wskazujący palec	8. środkowy palec	9. serdeczny palec	10. mały palec
LEWA RĘKA – jednoczesny odcisk czterech palców		jednoczesny odcisk wielkich palców		PRAWA RĘKA – jednoczesny odcisk czterech palców	
		LEWY	PRAWY		
75 mm		30 mm		75 mm	
210 mm					

