[Miejscowość], dnia .................... r.

Prokuratura Rejonowa w …………..

ul. ………………………………….

*(nazwa i adres Prokuratury Rejonowej*

*właściwej dla miejsca popełniania*

*przestępstwa)*

Zawiadamiający: Niepubliczny Zakład Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej

„Asklepion-Med”

ul. ul. Ziołowa 45/47

40-635 Katowice

Reprezentowana przez: lek. med. ………….

**ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA**

Działając w imieniu Niepublicznego Zakładu Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej 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