ZAŁĄCZNIK

Standardowy formularz wywiadu

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko: 2. Płeć:3. Data urodzenia: 4. Miejsce urodzenia:5. Obywatelstwo/obywatelstwa (wstępne wskazanie):6. Używane języki: |
| 7. Powód przeprowadzenia kontroli przesiewowej:A. Nielegalny wjazd W stosownych przypadkach proszę również określić: brakujący/przerobiony/sfałszowany dokument podróży, brakująca/przerobiona/sfałszowana wiza lub zezwolenie na podróż, inneB. Przybycie w następstwie operacji poszukiwawczo-ratowniczejC. Wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej na przejściu granicznymD. Brak oznak wskazujących, że miała miejsce odprawa graniczna na granicy zewnętrznej:□ brak stempla w dokumencie podróży/brak wpisu w systemie wjazdu/wyjazdu□ brak dokumentu podróży |
| 8. Przeprowadzono identyfikację z wykorzystaniem baz danych: □ Tak □ NieJeżeli tak, wynik identyfikacji:9. Wyniki sprawdzenia baz danych do celów bezpieczeństwa: □ Trafienie (podać bazy danych i powody) □ Brak trafienia 10. Udzielono natychmiastowej opieki: □ Tak □ Nie11. Izolacja ze względów dotyczących zdrowia publicznego: □ Tak □ NieJeżeli tak, proszę podać daty, konkretne powody, miejsce:  |
| 12. Trasa podróży:1. miejsca/kraje poprzedniego zamieszkania:
2. miejsce wyjazdu:
3. państwa trzecie i miejsca (np. miasto, prowincja) tranzytu i czas trwania pobytu:
4. sposoby tranzytu (np. środki transportu, z grupą, indywidualnie), otrzymana pomoc (np. pośrednicy, wykorzystywane środki komunikacji), zapłaty, które zostały/mają zostać dokonane itp.:
5. państwa trzecie, w których wystąpiono o ochronę:
6. państwa trzecie, w których przyznano ochronę:
7. planowane miejsce docelowe w Unii:

13. Pomoc świadczona za wynagrodzeniem przez osobę trzecią lub organizację w związku z nielegalnym przekroczeniem granicy oraz wszelkie powiązane informacje w przypadku podejrzenia przemytu: |
| 14. Rozpoczęcie kontroli przesiewowej: [DD/MM/RR] Zakończenie kontroli przesiewowej: [DD/MM/RR]15. Organ, do którego dana osoba ma zostać skierowana:16. Uwagi i inne istotne informacje: |
|  | PodpisOsoba wypełniająca formularz(Imię i nazwisko + nazwa organu) |