

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,  inne  B. Przybycie w następstwie operacji poszukiwawczo-ratowniczej  C. Wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej na przejściu granicznym  D. 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 □ Nie  Jeżeli tak, wynik identyfikacji:  9. Wyniki sprawdzenia baz danych do celów bezpieczeństwa:  □ Trafienie (podać bazy danych i powody)  □ Brak trafienia  10. Udzielono natychmiastowej opieki: □ Tak □ Nie  11. Izolacja ze względów dotyczących zdrowia publicznego: □ Tak □ Nie  Jeżeli 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: | |
|  | Podpis  Osoba wypełniająca formularz  (Imię i nazwisko + nazwa organu) |