

POLYGRAPH SUBJECT CONSENT

Name _____

Date _____

At: Chicago Police Department

This examination concerns the _____

which occurred on or about _____

- 1) I, _____, voluntarily agree to take a polygraph examination.
- 2) I further agree that the final results of this examination may be known and available to the proper person or persons requesting the examination.
- 3) I further do hereby release and forever hold harmless the City of Chicago, their agents, and/or employees and affiliates.
- 4) I have the right, upon written request, to receive a copy of my polygraph.

SIGNATURE OF EXAMINEE

SIGNATURE OF EXAMINER

RD NO.

ZGODA NA BADANIE WARIOGRAFEM

Imię i nazwisko _____

Data _____

Miejsce: Chicago Police Department (Policja Miasta Chicago)

Niniejsze badanie dotyczy _____

mającego miejsce w dniu _____

- 1) Ja, _____, dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania wariografem.
- 2) Zgadzam się również, że ostateczny wynik tego badania może zostać ujawniony lub udostępniony osobie, lub osobom, które wnioskowały o przeprowadzenie tego badania.
- 3) Ponadto niniejszym zwalnam z odpowiedzialności Miasto Chicago, jego urzędników i/lub pracowników oraz współpracowników.
- 4) Mam prawo, po złożeniu pisemnego wniosku, otrzymać kopię wyników mojego badania wariografem.

PODPIS OSOBY BADANEJ

PODPIS OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE

NR RD