

# POLYGRAPH SUBJECT CONSENT

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

at: Chicago Police Department

This examination concerns the \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

which occurred on or about \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I understand I have the right to remain silent and that anything I say can be used against me in a court of law.

I understand that I have the right to talk to a lawyer and have him present with me during questioning, and if I cannot afford to hire a lawyer, one will be appointed by the court to represent me before any questioning.

I understand that I have the right to stop the questioning at any time, or to stop the questioning for the purpose of consulting a lawyer.

- 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 the results 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 \_\_\_\_\_

Rozumiem, że mam prawo odmówić odpowiedzi, oraz że wszystko, co powiem, może być użyte przeciwko mnie w sądzie.

Rozumiem, że mam prawo porozmawiać z adwokatem i żądać jego obecności podczas przesłuchania, a jeśli nie stać mnie na adwokata, że sąd przed przeprowadzeniem przesłuchania przydzieli mi adwokata z urzędu.

Rozumiem, że mam prawo przerwać przesłuchanie w dowolnej chwili, bądź przerwać je w celu konsultacji z adwokatem.

- 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 wniosły 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