



CITY OF MONTEVIDEO

POLICE DEPARTMENT

103 Canton Ave., PO Box 517 Montevideo MN 56265
Email: mailbox@montevideopolice.com

Telephone: 320-269-9402 Fax: 320-269-9843
Dispatch: 320-269-8808

1. _____
Fecha y Hora de la Solicitud Nombre del Solicitante
2. _____
Dirección y Teléfono del Solicitante (obligatorio si la solicitud es de datos privados o
confidenciales)
3. Descripción de la información solicitada: _____

4. _____
Firma del Solicitante (si la solicitud es de datos privados o confidenciales)
5. Prueba de identidad (si la solicitud es de datos privados o confidenciales):

6. He (marque una de la siguientes) ____ Inspeccionado ____ Recibí los datos solicitados arriba.

Firma del Solicitante Fecha

USO DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA:

7. Request type: ____ In Person ____ Mail ____ Phone ____ Email ____ Fax
8. Request handles by: _____
9. Requested by: ____ Subject of Data ____ Not Subject of Data
10. The data request is classified: ____ Public ____ Private ____ Confidential
11. Request: ____ Approved ____ Denied – Reason _____
12. Authorized Signature: _____