|  |
| --- |
|  |
| (miejscowość, data) |

**{Wybierz adresata z listy}**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W N I O S E K N R** | | |  | |  |
| **o przeprowadzenie badań antypodsłuchowych w zakresie** | | | | | |
| **{Wybierz zakres badań}** | | | | | |
| **w ramach ochrony informacji niejawnych** | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Lokalizacja pomieszczenia podlegającego badaniom:** | | | | | |
| **Nazwa instytucji** | | **Województwo** | | **Miasto, kod pocztowy** | |
|  | |  | |  | |
| **Ulica** | | **Numer domu** | | **Numer pomieszczenia** | |
|  | |  | |  | |
| 1. **Najwyższa klauzula tajności informacji niejawnych przetwarzanych w pomieszczeniu przewidzianym do badań:** | | | | | |
| **{Wybierz klauzulę z listy}** | | | | | |
| 1. **Termin ostatniego badania, o ile było przeprowadzane:** | | | | |  |
| 1. **Zidentyfikowane zagrożenia lub inne przesłanki decydujące o złożeniu wniosku, mogące mieć znaczący wpływ na przebieg badania:** | | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Podstawowe informacje o pomieszczeniu przewidzianym do badań:** | | | | | | | | | |
| **Kierownik jednostki organizacyjnej – dysponent pomieszczenia:** | | | | | **Użytkownik pomieszczenia** | | | | |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
| imię, nazwisko, PESEL | | | | | imię, nazwisko, PESEL | | | | |
| **Przeznaczenie pomieszczenia:** | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Pomieszczenie znajduje się w:**  **{Wybierz rodzaj strefy ochronnej}** | | | | | | | | | |
| **Dane osoby wyznaczonej do kontaktu:** | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | |
| imię, nazwisko, telefon kontaktowy | | | | | | | | | |
| 1. **Informacje dotyczące wnioskodawcy – pełnomocnika ochrony jednostki organizacyjnej.** | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | |
| imię, nazwisko, telefon kontaktowy | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |
| pieczęć, podpis | | | | | | | | | |