

FORMULARZ ZGŁOSZENIA W SPRAWIE DYSKRYMINACJI

DANE OSOBY ZGŁASZAJACEJ

Imię i nazwisko:

.....

Jednostka organizacyjna oraz stanowisko¹:

.....

Stopień i tryb formy kształcenia²:

.....

Numer telefonu:

Adres e-mail:

OPIS OKOLICZNOŚCI

1. Kiedy zachowanie dyskryminacyjne wystąpiło (podać przybliżoną datę/okres):

.....

2. W związku z jakim kryterium według Pani/a doszło do dyskryminacji:

Lp.	Dyskryminacja ze względu na:	Odpowiedź ³
1.	płeć	
2.	wiek	
3.	niepełnosprawność	
4.	rasę	
5.	narodowość	
6.	pochodzenie etniczne	
7.	religię	
8.	wyznanie	

¹ Wypełnić w przypadku pracownika.

² Wypełnić w przypadku studenta, doktoranta lub uczestnika innej formy kształcenia.

³ Należy zaznaczyć znakiem „X”, jeżeli doszło do dyskryminacji ze względu na dane kryterium.

9.	przekonania polityczne	
10.	przynależność związkową	
11.	orientację seksualną	
12.	inne:	

3. Proszę wskazać pracownika/ów (imię i nazwisko, stanowisko), który/rzy według Pani/a dopuścił/li się zachowań dyskryminacyjnych, lub przyczynił/li się do ich wystąpienia:

.....
.....
.....

4. Proszę podać przykłady (w formie opisu) zachowań dyskryminacyjnych, których dopuścił/li się, lub do wystąpienia których przyczynił/li się wskazany/i przez Panią/a pracownik/cy (sposób i praktyki postępowania):

.....
.....
.....
.....
.....

5. Jeżeli istnieje/a – proszę wskazać osobę/y (imię i nazwisko, stanowisko lub stopień i tryb formy kształcenia), który/e mogą potwierdzić wystąpienie opisanych przez Panią/a zachowań:

.....
.....
.....

DOKUMENTY DOŁĄCZANE DO FORMULARZA ZGŁOSZENIA

- 1)
- 2)
- 3)

.....
(data i podpis osoby zgłaszającej)