

Data wpływu: .....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA W SPRAWIE DYSKRYMINACJI

**1. Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko: .....

Zajmowane stanowisko: .....

Nr telefonu lub adres e-mail.....

**2. Kiedy zachowanie dyskryminacji wystąpiło? Proszę podać przybliżoną datę.**

.....

.....

**3. W związku z jakim kryterium według Pani/Pana dochodziło do dyskryminacji?**

Kryteria dyskryminacji - ze względu na:	Proszę zaznaczyć symbol "X" przy kryterium powodującym Pani/Pana dyskryminację
Płeć	
Wiek	
Niepełnosprawność	
Rasa	
Religia	
Narodowość	
Przekonania polityczne	
Przynależność związkowa	
Pochodzenie etniczne	
Wyznanie	
Orientacja seksualna	
Zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony, zatrudnienie w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy	
Inne	

**4. Proszę wskazać osobę (imię i nazwisko), która Pani/Pana zdaniem dopuściła się dyskryminacji.**

.....

.....

.....

.....

**5. Proszę podać przykłady zachowań dyskryminacyjnych (sposób i praktyki postępowania)**

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

**6. Proszę wskazać osoby (jeżeli występują), które mogą potwierdzić opisane okoliczności**

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

**7. Dokumenty dołączone do zawiadomienia:**

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

.....  
Podpis osoby przyjmującej zawiadomienie

.....  
podpis zgłaszającego