Załącznik nr 1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

data: .................., miejscowość: ………………

# Pełnomocnik/Pełnomocniczka ds. Równego Traktowania

 …….…………………………………………………

**ZGŁOSZENIE**

1. Nazwa Organizacji, której działań dotyczy Zgłoszenie oraz tytuł projektu realizowanego przez Organizację z dotacji programu Aktywni Obywatele-Fundusz Krajowy finansowanego z Funduszy EOG i Funduszy Norweskich:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko, funkcja, stanowisko, ew. określenie innej relacji z Organizacją Osoby zgłaszającej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko, funkcja lub stanowisko służbowe osoby/osób, której/których dotyczy zarzut działań noszących znamiona dyskryminacji lub mobbingu:

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Relacja służbowa lub zadaniowa pomiędzy Osobą zgłaszającą a osobą dopuszczającą się działań/zachowań noszących znamiona dyskryminacji lub mobbingu, jeśli Zgłoszenie dotyczy naruszenia w związku z zatrudnieniem i/lub wykonywaniem zadań przy realizacji projektu finansowanego w Programie:

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jeśli Osoba zgłaszająca informowała wcześniej Organizację o stosowaniu wobec niej działań noszących znamiona dyskryminacji i mobbingu, opis działań, jakie Organizacja podjęła po przyjęciu tej informacji.

………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Jeśli Osoba zgłaszająca nie powiadomiła wcześniej Organizacji o stosowaniu wobec niej działań noszących znamiona dyskryminacji i mobbingu, wyjaśnienie tego postępowania:

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Opis działań, które Osoba zgłaszająca ocenia jako dyskryminację lub mobbing, na czym polegało gorsze traktowanie i co było jego przyczyną: płeć, niepełnosprawność, narodowość, kolor skóry, orientacja seksualna, inne;.

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie, kiedy i gdzie doszło do opisanych wyżej zachowań, jak długo trwały, kiedy miało miejsce pierwsze i ostatnie wydarzenie (podane daty i miejsca mogą mieć charakter orientacyjny):

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przedstawienie dowodów działań noszących znamiona dyskryminacji lub mobbingu (np. dokumentów, maili, nagrań), wskazanie świadków (dowody na tym etapie nie są konieczne do rozpoczęcia Postępowania wyjaśniającego):

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przedstawienie skutków działań noszących znamiona dyskryminacji lub mobbingu dla Osoby ich doświadczającej (np. choroba, brak motywacji do pracy, niższe zarobki, brak awansu, izolacja, brak dostępu do oferty wsparcia udzielanego przez Organizację):

……………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informujemy, że zawarte w formularzu informacje zostaną wykorzystane wyłącznie w celu przeprowadzenia Postępowania wyjaśniającego, które będzie miało charakter poufny, a po jego zakończeniu będą przechowywane przez okres 3 lat od zakończenia postępowania.

##  Podpis:

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