*Załącznik nr 1*

*do Zarządzenia Nr 74/2023*

*z dnia 14 grudnia 2023 r.*

**WZÓR**

**Zgłoszenie działania dyskryminującego**

………………………, dnia …..….....

Dane osoby zgłaszającej:

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

(imię i nazwisko)

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

(pracownik/student/doktorant)

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

(jednostka organizacyjna)

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

(telefon, e-mail)

**Wnoszę o wszczęcie postępowania w związku z podejrzeniem działań dyskryminacyjnych, dokonanych** **przez:** …...............................................................................................................................

*(imię i nazwisko, jednostka organizacyjna)*

Miejsce wystąpienia działań dyskryminacyjnych: …...................…..........................................................

Czas, w którym miały miejsce działania dyskryminacyjne: ......................................................................

Opis działań sprawcy/sprawców działań dyskryminacyjnych:

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

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

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

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

Dowody potwierdzające działania dyskryminacyjne:

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

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

Świadek/świadkowie działań dyskryminacyjnych:

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

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

*(imię i nazwisko, jednostka organizacyjna)*

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

*(czytelny podpis)*