

Załącznik nr 1
do Regulaminu korzystania ze wsparcia Rzecznika ds. Równości Szans
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Olsztyn, dnia dd/mm/rrrr

Imię i nazwisko:

Rok i kierunek studiów/jednostka organizacyjna:

Tel.:

E-mail:

ZGŁOSZENIE PRAKTYK DYSKRYMINACYJNYCH
nr ../mm/rrrr

Opis stanu faktycznego:

.....

.....

.....

.....

.....

Konkretne działania lub zaniechania, które wystąpiły:

.....

.....

Imię i nazwisko osoby lub osób, które są sprawcami zachowań dyskryminujących:

.....

Wnoszę o utajnienie swoich danych osobowych:
(Należy zaznaczyć odpowiedź wstawiając znak „x” przy właściwej
opcji)

TAK	NIE
☐	☐

.....
data i własnoręczny czytelny podpis osoby wnoszącej zgłoszenie