

Anonimowe zgłoszenie dyskryminujące

.....
Miejscowość, data

Zgłoszenia dokonał:

1. Pracownik

2. Pacjent

Wnoszę o wszczęcie postępowania w związku z podejrzeniem działań
dyskryminacyjnych dokonanych przez:

.....
.....

Miejsce wystąpienia działań dyskryminacyjnych:

.....

Czas, w którym miały miejsce działania dyskryminacyjne:

.....

Opis działań sprawcy działań dyskryminacyjnych:

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

Dowody potwierdzające działania dyskryminacyjne:

.....
.....

Świadek/świadkowie (imię i nazwisko):

.....
.....