

## 1. ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΝΤΑ

Όνοματεπώνυμο:	
Τμήμα - Θέση:	
Ημερομηνία(ες) και ώρα(ες) που έλαβε χώρα το περιστατικό:	
Το περιστατικό συνέβη σε εσάς ή σε άλλο εργαζόμενο;	
Τόπος που συνέβη το περιστατικό:	
Όνοματεπώνυμο και Τμήμα-Θέση του ατόμου που πιστεύετε ότι εφάρμοσε βία ή παρενόχλησε εσάς ή άλλο εργαζόμενο:	
Εάν το περιστατικό που καταγγέλλετε δεν συνέβη σε εσάς αλλά σε άλλον εργαζόμενο, παρακαλώ αναφέρετε το όνομα του άλλου εργαζόμενου:	
Υπήρχαν μάρτυρες; Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρετε τα ονόματά τους και πώς εμπλέκονται στο καταγγελλόμενο περιστατικό.	
Έχετε απευθυνθεί στην Αστυνομία ή σε άλλη αρμόδια αρχή (π.χ. Συνήγορος του Πολίτη);	
Ημερομηνία αναφοράς του περιστατικού στον εργοδότη:	Η ημερομηνία υπογραφής της παρούσας φόρμας που αναγράφεται κατωτέρω.
Περιγράψτε όσο το δυνατόν πιο ξεκάθαρα το περιστατικό, τι συνέβη, τι ειπώθηκε, εάν υπήρχε σωματική επαφή κ.λπ.:	
Περιγράψτε πώς εσείς ή το άτομο το οποίο θεωρείτε ότι υπήρξε θύμα βίας ή/και παρενόχλησης ανταποκρίθηκε ή αντέδρασε στο συμβάν (π.χ. τι ειπώθηκε, αν αποκρούστηκε ο καταγγελλόμενος κ.λπ.):	
Δώστε οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που πιστεύετε ότι θα βοηθήσει την Καριέρα στη διερεύνηση αυτού του συμβάντος:	
<p>Δια της παρούσας επιβεβαιώνω ότι υποβάλλω αυτήν την καταγγελία με καλή πίστη και ότι οι πληροφορίες που παρέχω ανωτέρω αντικατοπτρίζουν επακριβώς ότι μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου για τα περιστατικά που σχετίζονται με την καταγγελία μου.</p> <p>Θέλετε να κρατήσετε ανώνυμη την αναφορά; (Σημειώστε X στο ανάλογο τετραγωνίδιο)</p> <p><input type="checkbox"/> ΝΑΙ</p> <p><input type="checkbox"/> ΟΧΙ</p> <p>Εάν ΟΧΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία σας παρακάτω:</p> <p>Υπογραφή:</p> <p>Όνοματεπώνυμο:</p> <p>Ημερομηνία Υπογραφής: _____</p> <p>Παραδόθηκε αυτή η φόρμα στον/ην _____</p>	