## **Załączniki numer** **1 FORMULARZ SKŁADANIA SKARG DO KONSULTANTA (NA BAZIE WYTYCZNYCH BŚ)**

|  |
| --- |
| Nr sprawy |
| **Imię i nazwisko** *Uwaga: skargę można złożyć anonimowo lub zażądać nieujawniania danych wnioskodawcy osobom postronnym bez zgody wnioskodawcy* | Imię wnioskodawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazwisko wnioskodawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chcę złożyć skargę anonimowo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Żądam nieujawniania moich danych osobowych bez mojej zgody |
| **Dane kontaktu**  *Proszę zaznaczyć, w jaki sposób należy się kontaktować z wnioskodawcą (mailowo, telefonicznie, za pośrednictwem poczty* | Za pośrednictwem poczty (proszę wpisać adres do korespondencji): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonicznie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Preferowany język do komunikacji** | Polski Niemiecki Angielski Inny (proszę wymienić) …………………………………………………………………………….. |
| **Opis przedmiotu sprawy lub skargi** Przedmiot sprawy/skargi, kiedy sprawa się wydarzyła,  podać miejsce dot. sprawy/skargi, wymienić osoby  zaangażowane w sprawę, jakie są efekty zaistniałej  sytuacji   |
|  |
|  |
| **Data zdarzenia/zaistnienia przedmiotu skargi/pojawienia się sprawy** |  |
|  | Jednorazowe zdarzenie/skarga (data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Zdarzyły się więcej niż jeden raz (podać ile razy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) W trakcie (problem istniejący obecnie)  |
|  |
| **Jakie działania zapewniłyby rozwiązanie problemu według oceny wnioskującego?** |
|  |
| **Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Proszę o przekazanie tego formularza do: [Nazwisko] Inspektor BHP [Nazwa firmy] Adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lub E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |