## **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |