



ZGŁOSZENIE/SKARGA O MOBBING

DATA 24.09.2024

F-02-045-01

Załącznik nr 1. Do Wewnętrznej Procedury Antymobbingowej P-02-044-01

....., dnia

1. Dane osoby składającej zgłoszenie/skargę o mobbing:

Imię i nazwisko.....

Stanowisko służbowe

2. Dane osoby/osób, wobec których stosowany jest mobbing:

Imię i nazwisko

Stanowisko służbowe

3. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby/osób dopuszczającej/ dopuszczających się działań lub zachowań mających znamiona mobbingu:

.....

.....

4. Relacje służbowe między osobami wymienionymi w pkt. 2i3, np. przełożony-podwładny, równorzędne, nie zachodzi relacja służbowa:

.....

.....

5. Opis zachowania będącego przyczyną skargi (właściwe podkreślić)

- ciągła i nieracjonalna krytyka wykonanej pracy,
- ograniczenie możliwości wypowiedzenia się, brak możliwości zabrania głosu,
- reagowanie na zgłaszane uwagi krzykiem, agresją,
- izolowanie od reszty pracowników,
- nieustanne kwestionowanie każdej decyzji,
- zlecanie bezsensownych prac,
- zlecanie zadań poniżej umiejętności,
- przydzielanie nadmiernej liczby zadań,
- przydzielanie prac szkodliwych dla zdrowia,
- odbieranie bez uzasadnionej przyczyny wcześniej zleconych prac,
- brak zadań do wykonania,
- zatajanie przed pracownikiem istotnych informacji niezbędnych/koniecznych do prawidłowego wykonania przydzielonych zadań,
- przydzielanie zadań z nierealnymi terminami ich wykonania,
- nieuzasadnione polecenia pracy po godzinach pracy,
- ośmieszanie np. parodiowanie ruchów, wyśmiewanie się z niepełnosprawności, religijnych przekonań, pochodzenia, wyglądu, ubioru, wieku, koloru skóry,
- ciągła krytyka życia osobistego,



ZGŁOSZENIE/SKARGA O MOBBING

DATA 24.09.2024

F-02-045-01

- rozpowszechnianie plotek,
- stosowanie pogrózek słownych i pisemnych,
- straszenie zwolnieniem z pracy,
- unikanie kontaktów i zakaz kontaktów z innymi pracownikami,
- sugerowanie choroby psychicznej,
- zaniżanie oceny zaangażowania w pracę,
- przydzielanie pokoju bez ogrzewania, okien, wyłączanie światła, brak zgody na oddalenie się od stanowiska pracy w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, np. skorzystania z toalety, spożycia posiłku.
- inne (podać jakie):

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

6. Czas trwania w/w zachowań

.....

7. Dowody

.....
.....

8. Działania podjęte przez osobę zgłaszającą skargę w celu wyeliminowania niepożądanych zachowań

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

9. Skutki niepożądane

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

10. Dowody na potwierdzenie stanu faktycznego

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

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej: