

**Formulaire de signalement d'un acte de violence, discrimination, harcèlement
(moral ou sexuel) et d'agissements sexistes**

J'agis en qualité de :

- Victime des faits**
- Témoin des faits, dont la victime est M/Mme**

Coordonnées de l'auteur du signalement :

Afin que le référent Egalité Professionnelle puisse vous recontacter afin de vous guider dans vos démarches, il vous est demandé de communiquer au minimum :

- soit votre adresse mail
- soit vos coordonnées téléphoniques

Ces coordonnées ne seront en aucun cas communiquées aux professionnels en charge de l'étude du dossier.

A noter que vous avez la possibilité de créer une adresse mail gratuitement (gmail, laposte.net, etc) spécifique pour ce signalement et ne comportant pas vos noms et prénoms (exemple : 1234@gmail.com)

Nom et Prénom (2) :

Adresse postale :

Adresse mail :

Ou (l'un ou l'autre, obligatoire)

N° téléphone :

Je souhaite être contacté(e) sur ce numéro, aux jours et horaires suivants :

Nom de l'établissement employeur :

Service d'affectation (facultatif) :

Grade (facultatif) :

(1) champ obligatoire

(2) un signalement peut être effectué de manière anonyme si la gravité des faits est établie et que les éléments factuels transmis sont suffisamment détaillés – cet anonymat sera conservé tout au long de la procédure.

*Si l'identité de l'auteur du signalement est indiquée : les éventuels destinataires des informations figurant sur le formulaire signalement sont couverts par le secret professionnel ou par une obligation de discrétion. **Les données individuelles ne seront pas consignées dans le dossier administratif de l'agent.***

Description du signalement

* **Le présent signalement concerne des faits de :**

- Violence
- Discrimination
- Harcèlement moral
- Harcèlement sexuel
- Agissements sexistes
- Menaces et autres actes d'intimidation

* **Description des faits**

(préciser si les faits sont uniques ou répétés et, s'ils se sont déjà produits auparavant, sous quelle forme et à quelle fréquence) :

.....

.....

.....

.....

.....

Décrire le cas échéant les éléments de preuve dont vous disposez ou témoignages éventuels (ne pas oublier de joindre une copie de ces éléments à votre signalement) :

.....

.....

.....

.....

.....

Noms, prénoms et fonctions des éventuelles personnes concernées :

.....

.....

.....

Noms, prénoms et fonctions du/des témoins :

.....

.....

.....

Autres démarches déjà accomplies (préciser si la situation a conduit à un arrêt de travail, une demande de reconnaissance d'accident de service, un dépôt de plainte) ou autres destinataires éventuels de ce signalement :

Arrêt(s) de travail : (date début/date fin) :

.....
.....

Déclaration d'accident de service ou de maladie contractée en service déclarée le (date) :

.....
.....

Dépôt de plainte le (indiquer la date) + indiquer le motif :

.....
.....

Décrire le cas échéant les actions déjà menées par les agents et/ou la hiérarchie des mesures déjà décidées :

.....
.....

Qu'attendez-vous du signalement ?

.....
.....

Date du signalement :/...../.....

Signature :

Formulaire de contact disponible sur la GED du Centre Hospitalier de NOVILLARS – EHPAD de Mamirolle et Solidarité Doubs Handicap

Formulaire à adresser par courrier, sous « double » enveloppe portant la mention « **confidentiel** » à l'adresse ci-dessous :

Référent Egalité Professionnelle
Secrétariat de la Direction des Ressources Humaines et Direction des Soins
4 Rue du Dr Charcot - 25 220 Novillars

N.B : Pensez à joindre tout document utile à la présentation de la situation objet du présent signalement

***Obligatoire**