



JU ZAVOD ZA MEDICINU RADA KANTONA SARAJEVO

JU ZAVOD ZA MEDICINU RADA KANTONA SARAJEVO

Obrazac za prijavu diskriminacije i mobbing-a na radnom mjestu

JU ZAVOD ZA MEDICINU RADA KANTONA SARAJEVO

PRIJAVA

Datum dešavanja: _____
dešavanja: _____

Vrijeme

Mjesto dešavanja: _____
Prostorija: _____

Služba: _____

PODACI O OSOBI NA KOJU SE INCIDENT ODNOSI:

Ime _____ i
prezime: _____

Adresa/Telefon: _____

Pol (zaokružiti): M Ž God.rođenja: _____
Status (zaokružiti): Zaposlenik Pacijent Ostalo:

PODACI O SVJEDOCIMA:

Ime _____ i
prezime: _____

Adresa/Telefon: _____

Status (zaokružiti): Zaposlenik Pacijent Ostalo:

Ime _____ i
prezime: _____

Status (zaokružiti): Zaposlenik

Pacijent

Ostalo:

KRATAK OPIS INCIDENTA:

Napomena:Navesti ukratko dešavanja koje je predmet prijave, ako je riječ o pacijentu upisati dijagnozu. Podaci o vremenu i imenima osoba kojima su data obavještenja o incidentu (pacijent, članovi porodice, nadležne službe).

OPIS:

Ime i prezime, potpis

Datum:_____