

	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: _____ **Vrijeme dešavanja:** _____

Mjesto dešavanja: _____ **Služba:** _____ **Prostorija:** _____

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: Navedi 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: _____