|  |
| --- |
| **Formulari 3 Codi**  **Document d’informació d’una sol·licitud d’intervenció sobre un cas d’assetjament psicològic laboral i altres discriminacions a la feina que no s’ha admès a tràmit, atès que la denúncia no pertany a l’àmbit del Protocol per a la prevenció, la detecció, l’actuació i la resolució de situacions d’assetjament psicològic laboral i altres discriminacions a la feina** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dades generals/registre** | | | | |
| Data d’entrada al registre de la sol·licitud d’intervenció | | | | |
| **Dades de la persona sol·licitant** | | | |
| Nom i cognoms | NIF |  | Dona  Home |
| Telèfon/s de contacte | Adreça electrònica | | | |
| Departament | Unitat directiva/Centre de treball | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Com a: |  |  |  |
| Persona afectada | Àrea/Servei de Prevenció | Unitat de Recursos Humans | Unitat directiva afectada |
| Comitè de Seguretat i Salut | Delegat/ada de prevenció | Representant dels treballadors/ores | SG Relacions Sindicals i Polítiques Socials |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dades de la persona presumptament assetjada/discriminada** (en cas que siguin diferents de les dades de la persona sol·licitant) | |
| Nom i cognoms NIF | Dona  Home |
| Departament | Unitat directiva/Centre de treball |
| **Exposició de motius pels quals no s’ha admès a tràmit la sol·licitud d’intervenció** | |
| Marqueu els motius pels quals no s’admet a tràmit la sol·licitud:  Perquè forma part de la llista de conductes no constitutives d’assetjament descrites a les tècniques i instruments d’investigació.  Perquè s’ha pogut accedir a informació que descarta l’existència de conductes hostils o d’assetjament.  Perquè la persona que fa la sol·licitud no ha estat capaç de respondre a totes o a moltes de les preguntes bàsiques que indiquen l’existència d’assetjament (que, qui, quan, com, on i per què). | |

Aquesta comunicació es fa a l’efecte d’actualitzar o dur a terme l’avaluació de riscos psicosocials a la unitat on està ubicada la persona afectada, així com d’aplicar altres mesures que el Servei de Prevenció del vostre Departament consideri adients.

|  |  |
| --- | --- |
| Localitat i data | Signatura del/de la director/a general de Funció Pública  Nom i cognoms |
| Data de tramesa al secretari/ària general del Departament | Signatura de la persona que rep el formulari  Nom i cognoms |