MODELE DE FICHE DE SIGNALEMENT D’UN ACTE DE VIOLENCE / HARCELEMENT / DISCRIMINATION / AGISSEMENT SEXISTE

\*\*\*

FICHE DE SIGNALEMENT

ACTE DE VIOLENCE / HARCELEMENT / DISCRIMINATION / AGISSEMENT SEXISTE

|  |
| --- |
| **A compléter le cas échéant par l’administration[[1]](#footnote-1)**  Signalement d’un acte de…………………………………….………………………………………………….  Noms/prénoms/coordonnées de l’agent ayant enregistré le signalement…….….……………………………… |

DATE :

Nom.............................................................................................................................................................................

Prénom........................................................................................................................................................................

Service d’affectation....................................................................................................................................................

Grade...........................................................................................................................................................................

Déclare subir des actes[[2]](#footnote-2)

• de violence 

• de discrimination  directe  indirecte

*motif de discrimination*[[3]](#footnote-3)…………………………………………………………………………………

• de harcèlement  moral  sexuel

• d’agissement sexiste 

**par :**

Nom.............................................................................................................................................................................

Prénom........................................................................................................................................................................

Service d’affectation....................................................................................................................................................

Grade...........................................................................................................................................................................

**Nature de ces actes** ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Fréquence** ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Signalement de ces faits auprès :**

• du supérieur hiérarchique  oui  non

• de la Ligne d’écoute et d’alerte  oui  non

• de l’assistant de service social  oui  non

• du médecin de prévention  oui  non

• du conseiller de prévention  oui  non

• du référent égalité/diversité/handicap  oui  non

• d’une autre personne  oui  non Laquelle.......................................................................................................................................................................

**Témoins de ces faits[[4]](#footnote-4)**

Témoin 1.....................................................................................................................................................................

Nom.............................................................................................................................................................................

Prénom........................................................................................................................................................................

Service d’affectation ...................................................................................................................................................

Grade ..........................................................................................................................................................................

Témoin 2…………………………………………………………………………………………………………….

Je souhaite rencontrer un membre du service RH de proximité  oui  non

Je souhaite bénéficier de l’assistance d’un représentant du personnel  oui  non

Je souhaite bénéficier de la protection fonctionnelle  oui  non

\*\*\*

|  |
| --- |
| **Suites données par l’administration**  Date de réception du signalement :  Date de transmission du signalement aux autorités compétentes :  Déclenchement d’une enquête administrative  oui  non, date :  Conclusions de l’enquête :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Si non, justifier :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Autres mesures prises par l’administration :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Demande de protection fonctionnelle accordée  oui  non  Conséquences en terme d’arrêt de travail, de déclaration d’accident de service ou de maladie professionnelle, de dépôt de plainte :  • Arrêt de travail  oui  non, date début/fin :  • Déclaration d’accident de service ou de maladie professionnelle  oui  non, déposée le :  • Dépôt de plainte  oui  non, date et motif de la plainte : |

1. Lorsque la fiche de signalement est complétée par un personnel compétent en matière d’accompagnement [↑](#footnote-ref-1)
2. Rayer les mentions inutiles [↑](#footnote-ref-2)
3. Liste des critères illégaux de discrimination : âge, apparence physique, appartenance réelle ou supposée à une ethnie, appartenance réelle ou supposée à une nation, appartenance réelle ou supposée à une race, appartenance ou non à une religion déterminée, état de santé, orientation sexuelle, identité sexuelle, grossesse, situation de famille, handicap, patronyme, sexe, activités syndicales, caractéristiques génétiques, mœurs, opinion politique, origine, lieu de résidence, perte d’autonomie, particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, Capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, domiciliation bancaire, bizutage. [↑](#footnote-ref-3)
4. Si plusieurs témoins peuvent être signalés prévoir éventuellement une fiche annexe [↑](#footnote-ref-4)