



Modulo di denuncia di discriminazione per i dipendenti dello Stato di New York

Istruzioni: Utilizzi questo modulo per presentare una denuncia di discriminazione basata su etnia, colore della pelle, provenienza, credo/religione, età, disabilità, stato militare, arresto/condanna penale, stato civile/familiare, caratteristiche genetiche predisponenti, gravidanza e condizioni correlate, stato di vittima di violenza domestica, cittadinanza o stato di immigrazione, sesso/genere, molestie sessuali, orientamento sessuale, identità di genere e/o ritorsioni.

Compili e restituisca questo modulo all'**Ufficio Relazioni con i Dipendenti, Divisione Investigazioni Antidiscriminazione.**

Sezione 1: Informazioni sul denunciante

Nome e cognome		Indirizzo e-mail preferito (per le comunicazioni relative ai reclami)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Agenzia/Datore di lavoro	Titolo/Unità operativa/Ente	Orario di lavoro (giorni/ore)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Luogo di lavoro/Indirizzo		Numero di telefono del lavoro	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Indirizzo di casa		Numero di telefono privato	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Sezione 2: Informazioni sulla vigilanza

Nome del supervisore diretto	Titolo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di lavoro/Indirizzo	Numero di telefono del lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome del supervisore di secondo livello	Titolo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di lavoro/Indirizzo	Numero di telefono del lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sezione 3: Dettagli della denuncia

1. La sua denuncia di discriminazione si basa su (selezionare tutte le opzioni):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Etnia | <input type="checkbox"/> Età | <input type="checkbox"/> Stato civile/familiare | <input type="checkbox"/> Genere/Sesso |
| <input type="checkbox"/> Colore della pelle | <input type="checkbox"/> Disabilità | <input type="checkbox"/> Caratteristiche genetiche predisponenti | <input type="checkbox"/> Molestie sessuali |
| <input type="checkbox"/> Provenienza | <input type="checkbox"/> Stato militare | <input type="checkbox"/> Gravidanza e condizioni correlate | <input type="checkbox"/> Orientamento sessuale |
| <input type="checkbox"/> Credo/Religione | <input type="checkbox"/> Arresto/Condanna penale | <input type="checkbox"/> Stato di vittima di violenza domestica | <input type="checkbox"/> Identità di genere |
| | | <input type="checkbox"/> Cittadinanza o stato di immigrazione | <input type="checkbox"/> Ritorsione (per aver svolto un'attività protetta) |

2. La sua denuncia di discriminazione è nei confronti di:

Nome 1	Titolo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ente	Struttura/Luogo di lavoro	Numero di telefono del lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo di relazione:	Si prega di specificare:	
<input type="checkbox"/> Supervisore <input type="checkbox"/> Collega <input type="checkbox"/> Subordinato <input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>	

Nome 2	Titolo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ente	Struttura/Luogo di lavoro	Numero di telefono del lavoro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo di relazione:	Si prega di specificare:	
<input type="checkbox"/> Supervisore <input type="checkbox"/> Collega <input type="checkbox"/> Subordinato <input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>	



Modulo di denuncia di discriminazione per i dipendenti dello Stato di New York

3. Data/e della discriminazione:

La discriminazione continua?

Sì No

4. Descriva la presunta condotta discriminatoria e le ragioni per cui la condotta è discriminatoria. La preghiamo di includere i nomi di eventuali testimoni e di allegare la documentazione di supporto, se disponibile. Alleghi altre pagine, se necessario.

5. Ha presentato una denuncia relativa a questo reclamo presso un'agenzia governativa federale, statale o locale?

Sì No

6. Ha avviato una causa legale o un'azione giudiziaria in merito a questo reclamo?

Sì No

7. Ha assunto un avvocato in relazione alle accuse contenute nella denuncia?

Sì No

8. Questo modulo di denuncia è stato compilato da:

- Denunciante
 Supervisore/Direttore
 Responsabile antidiscriminazione

Firma

Data

Restituisca il modulo compilato (via e-mail o per posta)
all'Ufficio Relazioni con i Dipendenti, Divisione
Investigazioni Antidiscriminazione:

**Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223**
antidiscrimination@oer.ny.gov