

FORMULAR ZUR ERFASSUNG EINER BESCHWERDE AUFGRUND VON

DISKRIMINIERUNG/SEXUELLER BELÄSTIGUNG/GEWALT

Name der beschwerdeführenden Person:

Funktion/Tätigkeit an der THD (optional):

GEGENSTAND DER BESCHWERDE

Was ist passiert? (Sichtweise der beschwerdeführenden Person)

Von wem ging das Verhalten aus?

Welche(s) Merkmal(e) ist/sind betroffen?

- Lebensalter
- Geschlecht
- sexuelle Identität
- Religion/Weltanschauung
- Behinderung
- ethnische Herkunft/rassistische Zuschreibung

Es handelt sich um eine Beschwerde wegen

- unmittelbarer Benachteiligung
- mittelbarer Benachteiligung
- Belästigung
- sexueller Belästigung
- Anweisung zu einer Benachteiligung
- Gewalt
- sexualisierte Gewalt

Wann und wo ist der Vorfall passiert?

Gibt es Zeug:innen und/oder Belege? Wenn ja, welche?

Wurden bereits andere Stellen über den Vorfall informiert? Wenn ja, welche?

- Ich bin damit einverstanden, dass der Beschuldigte über die von mir gemachten Angaben in Kenntnis gesetzt wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Präsident sowie die Kanzlerin der THD über diese Meldung in Kenntnis gesetzt werden.
- Mir ist bekannt, dass ohne mein Einverständnis zu den beiden oben genannten Punkten keine Weiterverfolgung dieser Beschwerde möglich ist und damit auch keine eventuellen Konsequenzen eingeleitet werden können.