



**ПРИЈАВА ЗА ПРЕТРПЕНО НАСИЛСТВО  
НА РАБОТНО МЕСТО**

Име и презиме \_\_\_\_\_

Број на лиценца \_\_\_\_\_

Вработен/а во \_\_\_\_\_

Контакт телефон/емаил \_\_\_\_\_

**Податоци за нападот:**

Датум, време и место на инцидентот:

\_\_\_\_\_

Вид на насилство:

- Вербално насилство (навреди, закани)
- Вербална закана за извршување на физичко насилство
- Физичко насилство без повреда
- Физичко насилство со телесна повреда
- Сексуално вознемирување
- Оштетување на инвентар
- Друго: \_\_\_\_\_

Податоци за напаѓачот (Име и презиме и други податоци доколку ги знаете):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Во својство на:  Пациент  Роднина на пациент  
 Трето лице  Некој друг: \_\_\_\_\_

