

ЗРАЗОК ЗАЯВИ ПРО ВИПАДОК БУЛІНГУ (ЦЬКУВАННЯ)

Директору КЗ «ЗДО № 9 ВМР»
Інзі БОНДАР

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(фактична адреса проживання)

(контактний телефон)

ПІБ постраждалого (або його законного представника) від булінгу, повна дата народження, домашня адреса, вікова група, посада (якщо це працівник закладу)

ЗАЯВА

Відповідно до ЗУ «Про звернення громадян» та абзацу 2 статті 9 ЗУ «Про охорону дитинства» звертаюсь за захистом своїх прав та законних інтересів, що були порушені внаслідок булінгу.

Зміст заяви викладається довільно.

В заяві повідомляється про випадки булінгу (цькування), а саме обставини, місце, час та яким чином здійснювався булінг (цькування).

Вказуються відомості про потерпілого (жертву булінгу), кривдника (булера), спостерігачів (за наявності).

Додатково вказати обставини, причини, можливі попередні прояви булінгу. прізвища присутніх при вчиненні дій, які постраждалий визнав як булінг тощо.

Відповідно до статті 26 ЗУ «Про освіту», статті 1734 Кодексу України про Адміністративні правопорушення та ЗУ «Про звернення громадян», прошу:

1. Розглянути заяву по суті відповідно та повідомити мене про всі вжиті заходи у відповідь на це звернення.
2. Скликати комісію з питань розгляду випадків булінгу та повідомити мене про результат проведеного розслідування та вжиті заходи реагування.
3. Повідомити органи Національної поліції України та Службу у справах дітей про випадок булінгу.
4. Забезпечити у закладі безпечне освітнє середовище, вільне від булінгу.

(дата)

(підпис)

(Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ)