

பால் நிலை பாரபட்சம்/துன்புறுத்தலுக்கான முறைப்பாட்டுப் படிவம்
மருத்துவ பீடத்தின் பால் நிலைப் பிரிவு, யாழ்ப்பாணப் பல்கலைக்கழகம்
(Gender Cell of the Faculty of Medicine (GCFM), University of Jaffna)

1. முறைப்பாட்டாளர்:

முறைப்பாட்டாளர் நிலை: ஊழியர் ☐ மாணவர் ☐ பெற்றோர் ☐ வேறு (குறிப்பிடவும்):.....

பெயர்: அடையாள அட்டை இலக்கம்:.....

துறை/அலகு/பிரிவு/பீடம்/வேறு: பால் நிலை: (ஆண்/பெண்/வேறு) வயது:

தொலைபேசி இலக்கம்: மின்னஞ்சல்:

ஊழியர்/மாணவர் அடையாள அட்டை இலக்கம்:

தங்குமிட முகவரி:

2. பாதிக்கப்பட்டவர் (முறைப்பாடு செய்பவர் வேறு ஒருவர் எனின்):

பாதிக்கப்பட்டவரின் பெயர்:

பாதிக்கப்பட்டவரின் பால் நிலை: (ஆண்/பெண்/வேறு) தொலைபேசி இலக்கம்:

3. முறைப்பாடு மேற்கொள்ளப்படும் நபர்(கள்)/ குற்றம் சாட்டப்படுபவர்(கள்):

	குற்றம் சாட்டப்படுபவர்களின் பெயர்(கள்)	துறை/அலகு/பிரிவு/பீடம்/வேறு	பால் நிலை	குற்றம் சாட்டப்படுபவர் பற்றிய வேறு தகவல்கள்

குற்றம் சாட்டப்படுபவர்(கள்) நிலை: ஊழியர் ☐ மாணவர் ☐ வேறு(குறிப்பிடவும்):.....

குற்றம் சாட்டப்படுபவருக்கு முறைப்பாடு செய்பவருடனான உறவு முறை:

சக ஊழியர் ☐ மேலதிகாரி ☐ ஆசிரியர்/மேற்பார்வையாளர் ☐ சிரேஷ்ட/கனிஷ்ட மாணவர் ☐

வேறு (குறிப்பிடவும்):.....

4. முறைப்பாடு:

இயலுமானவரை இடம்(கள்), திகதி(கள்), நேரம்(கள்) என்பவற்றுடன் குற்றமாகக் கருதப்படும் குறிப்பிட்ட நடவடிக்கையை(களை) விவரிக்கவும். மேலதிக இடம் தேவைப்படின் மேலதிகமாகத் தாள்களை இணைக்கவும்.

விரும்பினால், இந்த விசாரணைக்கு உதவுமென நீங்கள் கருதும் ஆதாரம் ஏதாவது இருப்பின், அதன் பிரதியை இணைக்கவும்.

ஆதாரம் இணைக்கப்பட்டது: ஆம் / இல்லை

இந்த நிகழ்வு(கள்) உங்களை எவ்வாறு பாதித்தது என விவரிக்கவும் (உதாரணமாக வேலை அல்லது வகுப்புகளுக்குச் சமூகமளிக்க முடியாமை, உடல் அல்லது உளரீதியான தாக்கம், அல்லது குற்றம் சாட்டப்பட்டவர்களிலிருந்து விலகி இருத்தல்).

இந்த விடயம் தொடர்பாக உதவிக்காகவோ/ஆலோசனைக்காகவோ பல்கலைக்கழகத்தில் யாரையாவது அல்லது பல்கலைக்கழக அதிகாரி யாரையாவது இதற்கு முன் தொடர்பு கொண்டுள்ளீர்களா? ஆம் எனின், யாரை, எப்போது தொடர்பு கொண்டீர்கள், மற்றும் நடவடிக்கை எதுவும் மேற்கொள்ளப்பட்டதா என்பவற்றைக் குறிப்பிடவும்.

இந்த முறைப்பாட்டின் மூலம் நீங்கள் எதிர்பார்க்கும் நடவடிக்கை/தீர்வு யாது:

மத்தியஸ்தம் செய்தல் ☐ தண்டனை ☐ தற்சமயம் முடிவு செய்ய முடியாதுள்ளது ☐
வேறு(குறிப்பிடவும்):.....

முறைப்பாட்டினை முன்வைத்த பின்னர் அதனை மீளப் பெற்றுக்கொள்ள முடியாதென்பதை நான் அறிவேன். இந்த விடயம் சம்பந்தமாக பீடத்தினால் முன்னெடுக்கப்படும் விசாரணைக்கு ஒத்துழைப்பு வழங்க சம்மதம் தெரிவிக்கின்றேன். இந்தப் படிவத்தில் குறிப்பிடப்பட்ட அனைத்து விடயங்களும் உண்மையானவை என்பதை உறுதிப்படுத்துவதோடு, தெரிந்தே தவறான அல்லது பொய்யான தகவல்கள் வழங்கப்பட்டிருப்பின் எனக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று நடவடிக்கை மேற்கொள்ளப்படும் என்பதையும் புரிந்துகொண்டுள்ளேன்.

கையொப்பம்:.....

திகதி:.....

இந்தப் படிவத்தை நீங்கள் பூர்த்தி செய்து, முதலில் நீங்களும், அதனையடுத்து மருத்துவ பீடத்தின் பால் நிலைப் பிரிவின் ஒருங்கிணைப்பாளரும் கையொப்பமிட்ட பின்னர் உங்களது முறைப்பாடானது முறையாக பீடத்தினால் பெற்றுக்கொள்ளப்பட்டு, கவனத்திற்கு எடுக்கப்பட்டதாகக் கருதப்படும். உங்களிடம் இப் படிவத்தின் பிரதி ஒன்றும், விசாரணை கையாளப்படும் நடைமுறை பற்றிய சகல தகவல்களும் வழங்கப்படும்.

அலுவலகப் பாவனைக்கு

முறைப்பாட்டுக் குறியீட்டு இலக்கம்:.....

முறைப்பாட்டைப் பெற்றுக் கொண்டவர் (மருத்துவ பீடப் பால் நிலைப் பிரிவின் ஒருங்கமைப்பாளரின் பெயர்):

கையொப்பம்:.....

திகதி:.....