Office of Employee Relations
Anti-Discrimination Investigations Division
**Empire State Plaza**
**Agency Building 2**
**Albany, New York 12223**
antidiscrimination@oer.ny.gov

# 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)**

**Agenzia/Datore di lavoro**

**Titolo/Unità operativa/Ente**

**Orario di lavoro (giorni/ore)**

**Luogo di lavoro/Indirizzo**

**Numero di telefono del lavoro**

**Indirizzo di casa**

**Numero di telefono privato**

## Sezione 2: Informazioni sulla vigilanza

**Nome del supervisore diretto**

**Titolo**

**Luogo di lavoro/Indirizzo**

**Numero di telefono del lavoro**

**Nome del supervisore di secondo livello**

**Titolo**

**Luogo di lavoro/Indirizzo**

**Numero di telefono del lavoro**

## Sezione 3: Dettagli della denuncia

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

- ☐ 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
- ☐ Genere/Sesso
- ☐ Molestie sessuali
- ☐ Orientamento sessuale
- ☐ Identità di genere
- ☐ Ritorsione (per aver svolto un'attività protetta)

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

**Nome 1**

**Titolo**

**Ente**

**Struttura/Luogo di lavoro**

**Numero di telefono del lavoro**

**Tipo di relazione:** ☐ Supervisore ☐ Collega ☐ Subordinato ☐ Altro → Si prega di specificare:

**Nome 2**

**Titolo**

**Ente**

**Struttura/Luogo di lavoro**

**Numero di telefono del lavoro**

**Tipo di relazione:** ☐ Supervisore ☐ Collega ☐ Subordinato ☐ Altro → Si prega di specificare:



Continua -->

# 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**