

ЗРАЗОК

Директорові
КЗ «Чернігівський базовий фаховий
медичний коледж» ЧОР

ПІБ заявника (повністю), викладача,
студента, батька, матері

Домашня адреса:

Контактний телефон:

ЗАЯВА

Я, _____, інформую про випадок булінгу
над студентом _____
з боку _____
або групи учнів: _____.

(Далі в довільній формі викладаються докладно всі обставини)

До заяви додаю фото- та відеоматеріали (за наявності).

Дата

Підпис

