

商丘学院教职工申诉制度

一、总则

（一）目的

为保障教职工合法权益，规范申诉程序，畅通申诉渠道，公正、及时、有效处理教职工对学校管理或处分决定的申诉，促进学校依法管理、民主管理，构建和谐、公正、透明的育人环境与劳动关系。

（二）依据

根据《中华人民共和国教师法》《中华人民共和国劳动合同法》《事业单位工作人员申诉规定》《新时代高校教师职业行为十项准则》《信访工作条例》及河南省、商丘市相关法规政策，结合学校现行规章制度，特制定本制度。

（三）适用范围

适用于本校在职教职工对涉及下列事项的申诉：

1. 职称评审、岗位聘任；
2. 考核评价、绩效分配；
3. 纪律处分、培训发展；
4. 其他侵害其合法权益的行政管理行为。

二、申诉机构

（一）教职工申诉处理委员会

教职工申诉处理委员会由校领导、纪委书记、工会主席、教职工代表组成，确保独立性和公正性。

（二）委员会办公室

委员会下设办公室（设在纪委办公室），负责日常受理、联络、调查组织、文书送达等工作。

办公地点：商丘学院纪委办公室

联系电话：0370-3555522

电子邮箱：jw@sqxy.edu.cn

（三）委员会职责

1. 受理教职工申诉；
2. 组织调查核实；
3. 作出处理意见；
4. 监督处理结果的执行；
5. 向申诉人及相关部门反馈结果。

三、申诉程序

（一）申诉条件

教职工认为学校或所在部门作出的决定侵害其合法权益的，应在收到决定之日起10个工作日内提出书面申诉。

（二）申诉材料

申诉人须提交《商丘学院教职工申诉书》，内容包括：

1. 申诉人姓名、工号、所属部门、联系方式；
2. 申诉事项、原处理决定编号（如有）；

3. 申诉理由及事实依据；
4. 相关证据材料（复印件或扫描件）；
5. 申诉人签名及日期。

（三）受理与审查

1. 委员会办公室在收到申诉后5个工作日内审查材料完整性，作出是否受理决定，并通知申诉人。
2. 不予受理的，应说明理由。
3. 材料不完整的，通知申诉人3个工作日内补正，逾期未补正视为放弃申诉。

（四）调查与听证

1. 受理后，申诉委员会成立调查组，在15个工作日内完成事实核查。
2. 必要时可召开听证会，通知申诉人、原处理部门及相关人员到场。
3. 听证会记录须由参会人员签字确认。

（五）处理结果

申诉委员会在受理之日起30个工作日内作出处理意见（复杂情况可延长15个工作日，并书面告知申诉人）：

1. 维持原决定；
2. 撤销原决定；
3. 要求相关部门重新处理。

（六）送达与执行

处理结果以书面形式送达申诉人、原处理部门及纪委办公室。相关部门须在10个工作日内执行，并向申诉委员会办公室反馈执行情况。

四、特别规定

（一）回避制度

与申诉事项有利害关系的委员会委员或工作人员应主动回避。申诉人有权书面申请其回避。

（二）保密与禁止打击报复

申诉材料及处理过程严格保密。任何单位和个人不得对申诉人进行打击报复，违者按学校相关规定处理。

（三）虚假申诉处理

经查实属于恶意捏造事实、提供虚假证据的申诉，学校可对申诉人进行批评教育，情节严重的给予纪律处分。

（四）救济途径

对申诉结果不服的，可向省级教育行政部门或商丘市劳动人事争议仲裁机构申请调解或仲裁。

五、附则

（一）本制度未尽事宜，按国家及地方相关法律法规执行。

（二）本制度由商丘学院教职工申诉处理委员会负责解释。

(此页无正文)

附件：

1. 商丘学院教职工申诉书
2. 商丘学院教职工申诉听证会记录表
3. 商丘学院教职工申诉处理意见及结果

附件1

商丘学院教职工申诉书

申诉人姓名		工号	
所属部门		联系电话	
通讯地址		邮政编码	
申诉事项			
申诉理由及事实依据			
相关证据材料清单			
序号	证据材料名称	份数	备注
申诉人签名:		日期: 年 月 日	
代签人姓名:		与申诉人关系:	
申诉受理审查意见			
接收申诉材料日期:		材料是否完整:	
是否受理:		不予受理理由:	
受理通知日期:		承办人签名:	

附件2

商丘学院教职工申诉听证会记录表

申诉事项			
听证时间	年 月 日	听证地点	
申诉人		原处理部门代表	
听证委员会委员			
其他参会人员			
一、听证议程			
二、申诉人陈述申诉理由、事实及请求			
三、原处理部门陈述处理依据、事实及理由			
四、双方质证、举证情况			

五、双方辩论内容			
六、听证委员会询问情况			
七、听证结论			
参会人员签字确认			
姓名	身份	签字	日期

附件3

商丘学院教职工申诉处理意见及结果

申诉人		所属部门	
联系电话		受理日期	
申诉事项			
调查核实情况			
处理意见			
<input type="checkbox"/> 维持原处理决定			
<input type="checkbox"/> 撤销原处理决定			
<input type="checkbox"/> 要求相关部门重新作出处理决定			
处理依据			
送达与执行情况			
处理结果送达日期	年 月 日	申诉人签收情况	
原处理部门签收情况		要求执行完成期限	年 月 日
执行情况反馈			
申诉处理委员会主任签字：		日期： 年 月 日	
委员会办公室盖章：		日期： 年 月 日	