



FORMULARIO DE DENUNCIA

Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.

1. INDIQUE TIPO DE CONDUCTA DENUNCIADA. (Marque con una "X")

Acoso Sexual	Acoso Laboral	Maltrato Laboral

2. IDENTIFICACION DEL AFECTADO/A –DENUNCIADO/A – DENUNCIANTE.

Datos del AFECTADO/A:

*Nombre completo	
Rut	
*Cargo o labor que desempeña	
*Unidad donde trabaja	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Datos del DENUNCIADO/A (1):

*Nombre completo		
*Cargo o labor que desempeña		
*Unidad donde trabaja		
Posición laboral respecto del afectado/a (marque con una "X")	Jefatura directa	
	Cargo superior al jefe directo	
	No es jefe ni cargo superior	
	Cargo inferior	

Datos del DENUNCIADO/A (2):

*Nombre completo		
*Cargo o labor que desempeña		
*Unidad donde trabaja		
Posición laboral respecto del afectado/a (marque con una "X")	Jefatura directa	
	Cargo superior al jefe directo	
	No es jefe ni cargo superior	
	Cargo inferior	

Datos del DENUNCIANTE (sólo rellenar en el caso que el denunciante no sea el afectado):

*Nombre completo	
*Cargo o labor que desempeña	
*Unidad donde trabaja	
*Correo electrónico o teléfono contacto	

3. NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS.

Describa la o las conductas manifestadas por la presunta persona acosadora, que avalarían la denuncia (*señalar nombres, lugares, fechas, tiempo desde el cual es afectado por el acto denunciado y otros detalles que complementen la denuncia*). Al relatar los hechos, utilice un orden cronológico. Mencione y acompañe, cuando sea posible, las pruebas que le sirvan de fundamento. (*Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta.*)

--

4. FIRMA DEL DENUNCIANTE O AFECTADO.

Nombre Completo	Firma	Fecha de la denuncia

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO

IDENTIFICACIÓN PERSONA QUE ENTREGA DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	FIRMA

IDENTIFICACIÓN PERSONA QUE RECIBE DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	FECHA RECEPCIÓN	FIRMA Y TIMBRE

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

COPIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DOCUMENTO

IDENTIFICACIÓN PERSONA QUE ENTREGA DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	FIRMA

IDENTIFICACIÓN PERSONA QUE RECIBE DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	FECHA RECEPCIÓN	FIRMA Y TIMBRE