

ANEXO 1

FORMULARIO DE DECLARACIÓN POR DENUNCIA DE ACOSO LABORAL Y/O SEXUAL

DATOS DE LA PERSONA DENUNCIANTE

Nombre completo	
Teléfono de contacto	
Cargo que desempeña	
Unidad a la que pertenece	
Relación laboral con la víctima o victimario	Superior jerárquico subordinado compañero de trabajo
Condición contractual	

El/La ENTREVISTADO/A HA INFORMADO A SU SUPERIOR JERÁRQUICO DE LO SUCEDIDO? (Marque con una "X" la alternativa que corresponda)

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

NARRACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS (Por favor narrar de manera cronológica)

¿Qué ocurrió? Describa el hecho, indique las personas involucradas, el lugar donde ocurrió, y otros detalles que complementen la denuncia.

Indique hace cuánto tiempo es víctima de acciones de acoso laboral o sexual. Señale la fecha de inicio de los hechos y la frecuencia con que se reiteran.

Indique el nombre de la persona o personas que realizaron acciones de acoso laboral o sexual.

--

Señale el nombre de las personas -testigos- que presenciaron las acciones de acoso laboral o sexual, o que tengan algún tipo de información de lo ocurrido.

--

EVIDENCIA PRESENTADA (Marque con una "X" la alternativa que corresponda)

NO PRESENTA EVIDENCIA	
CORREOS ELECTRÓNICOS	
EVIDENCIA ESCRITA	
CERTIFICADOS MÉDICOS	
LICENCIAS MÉDICAS	
AUDIO	
VIDEOS	
FOTOGRAFÍAS	
TESTIGOS	

DETALLAR EVIDENCIA QUE ADJUNTA

--

NOTA:

FIRMA ENTREVISTADO/A

FIRMA RECEPTOR

Fecha: _____