**Formulario de Denuncia de Maltrato o Acoso Sexual o Laboral**

**SEDE: N°\_\_\_\_\_**

1. **INDIQUE EL TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD.** Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| Acoso Sexual  |  |
| Acoso Laboral |  |
| Maltrato Laboral |  |
| Otra conducta que atente a la dignidad de las personas |  |

1. **IDENTIFICACION DEL (DE LA) DENUNCIANTE.**
* **Datos de Identificación respecto a quien REALIZA la denuncia:** Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| Víctima (Persona en quien recae la acción de violencia organizacional, acoso laboral y sexual) |  |
| Denunciante: Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso laboral y sexual y que NO es víctima de tales acciones.  |  |

* **Datos personales del DENUNCIANTE (sólo en el caso que el DENUNCIANTE NO sea la VÍCTIMA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cargo o función que desempeña |  |
| Departamento, Unidad, carrera que cursa |  |

* **Datos personales de la VÍCTIMA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT |  |
| Dirección Particular |  |
| Región / Comuna |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Correo electrónico |  |

* **Datos de la VÍCTIMA respecto a la organización:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo o función que desempeña |  |
| Departamento, Unidad, carrera en que se desempeña. |  |
| Sede |  |

* **Datos personales del DENUNCIADO/A – VICTIMARIO/A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cargo o función que desempeña |  |
| Departamento, Unidad, carrera en que se desempeña. |  |
| Sede |  |

1. **RESPECTO A LA DENUNCIA:** Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

Nivel jerárquico del DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A respecto a la Víctima

|  |  |
| --- | --- |
| Nivel Superior |  |
| Igual Nivel Jerárquico |  |
| Nivel Inferior  |  |

¿El/la DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A corresponde a la jefatura superior inmediata de la Víctima?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí |  |
| No |  |

¿El/la DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A trabaja directamente o es compañero/a de curso o carrera con la Víctima?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí |  |
| No |  |
| Ocasionalmente |  |

¿El/la DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí |  |
| No |  |

1. **NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS.**
	* Describa las conductas manifestadas - en orden cronológico - por el/la presunto/a acosador que avalarían la denuncia. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). *Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*

|  |
| --- |
|  |

* + Señale desde hace cuánto tiempo es víctima de acciones del tipo violencia organizacional:

|  |
| --- |
|  |

* Señale individualización de quién o quiénes hubieren cometido actos atentatorios a la dignidad de las personas. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). *Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*

|  |
| --- |
|  |

* Señale individualización de las personas que hubieren presenciado o que tuvieren información de lo acontecido - Testigos -. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). *Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*

|  |
| --- |
|  |

* Antecedentes y documentos que acreditan la denuncia: Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| Ninguna evidencia específica |  |
| Testigos |  |
| Correos electrónicos |  |
| Fotografías  |  |
| Video |  |
| Otros Documentos de respaldo |  |

Si respondió “Otros Documentos de respaldo”, favor señale cuál/es:

|  |
| --- |
|  |

**Observaciones**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del/la Denunciante**

Fecha de la denuncia \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

**COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO**

**COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE - FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO) NOMBRE - FIRMA RECEPTOR/A

**COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO**

**COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE - FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO) NOMBRE - FIRMA RECEPTOR/A