



FORMULARIO DE DENUNCIA ANTE CASOS DE ACOSO SEXUAL, VIOLENCIA Y/O DISCRIMINACION DE GÉNERO

FECHA	
-------	--

El presente formulario, deberá ser completado por la persona afectada por un acto de acoso sexual, violencia y/o discriminación de género.

Sin perjuicio de lo anterior, se aceptará la denuncia realizada por un tercero testigo de los hechos, sujeta a ratificación posterior del afectado(a) directo(a).

1.- Tipo de conducta. Marque con una "X" la alternativa que corresponda.

Acoso sexual	<input type="checkbox"/>
Discriminación de Género	<input type="checkbox"/>
Violencia de Género	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

2.- Identificación de él (la) denunciante.

Nombre completo	
Fecha de Nacimiento	
Rut	
Teléfono	
Correo electrónico	
Domicilio	
Sede	
Calidad del (la) denunciante	Estudiante () Curso _____ Trabajador/a () Prestador/a de servicios () Docente () Programa académico o departamento en el que estudia o se desempeña _____

3.- Identificación de la persona afectada.

Nombre completo	
Fecha de Nacimiento	
Rut	
Teléfono	
Correo electrónico	
Domicilio	
Sede	
Calidad de la persona afectada	Estudiante () Curso _____ Trabajador/a () Prestador/a de servicios () Docente () Programa académico o departamento en el que estudia o se desempeña _____
Relación con el Denunciado (a)	

4.- Datos de él (la) denunciado (a). Marque con una "X" la alternativa que corresponda y luego complete los datos solicitados.

Estudiante	
Trabajador (a)	
Docente	
Prestador (a) de Servicios	

Nombre completo	
Sede	
Programa Académico o Departamento en el que estudia o se desempeña.	

Nombre del (la) denunciante: _____

Firma del denunciante: _____

Denuncia recibida por: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Correo: _____