



FORMULARIO DE DENUNCIA DE MALTRATO, ACOSO LABORAL Y/O SEXUAL

1. **INDIQUE EL TIPO DE MALTRATO O SITUACIÓN DE MENOSCABO QUE DENUNCIA:**

Maltrato <input type="checkbox"/>	Acoso Laboral <input type="checkbox"/>	Acoso Sexual <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---------------------------------------

2. **QUIÉN INTERPONE LA DENUNCIA**

La persona afectada <input type="checkbox"/>	Asociación de Funcionarios a petición de la persona afectada <input type="checkbox"/>	Un tercero a petición de la afectada <input type="checkbox"/>
---	--	--

3. **USTED DESEA QUE LA DENUNCIA TENGA EL CARÁCTER DE CONFIDENCIAL:**

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

4. **DATOS DE LA PERSONA QUE DENUNCIA**

Nombre completo			
Género			
RUT		Teléfono	
Cargo		Grado EUR	
Función que realiza			
Unidad de desempeño			
Organismo	MINVU Central <input type="checkbox"/>	SEREMI <input type="checkbox"/>	SERVIU <input type="checkbox"/>
Región			

6. Explique, por favor, desde cuándo se ha generado el Maltrato, Acoso laboral o Acoso sexual que denuncia:

Para acreditar lo anterior se cuenta con:

Correos electrónicos

Testigos

Documentos de respaldo

Otros

Fotografías

Sin evidencias

Si respondió "Otros", por favor explique:

Si usted señaló que cuenta algún medio de prueba como testigos, documentos u otros indique la individualización de las personas que hubieren presenciado o que tuvieron información de lo acontecido. Detallar nombres, lugares, fechas e información relevante que complementen su denuncia. (Si desea puede relatar los hechos en una hoja adjunta).

<hr/>

por favor háganos saber si la persona que denuncia presenta alguna discapacidad:

SI NO

De presentar alguna discapacidad, por favor indíquenos cual:

FIRMA DE LA PERSONA QUE DENUNCIA

FECHA ____/____/____