## Formulario de Denuncia del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual.

(Actualizado Ley N°21.643)

* Indique el tipo de denuncia

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| Acoso Laboral |  |
| Acoso Sexual |  |
| Violencia en el trabajo |  |
| Otra conducta que atente a la dignidad de las personas |  |

* Identificación del denunciante (Datos respecto a quien realiza la denuncia)

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| **Victima** (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 **víctima**).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cargo que desempeña |  |
| Departamento, unidad o área de desempeño |  |

* Datos personales de la víctima.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT |  |
| Correo electrónico personal |  |
| Dirección particular |  |
| Teléfono de contacto |  |

* Datos de la víctima respecto a la institución.

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo que desempeña |  |
| Departamento, unidad o área de desempeño |  |

* Datos personales del denunciado/a – victimario/a respecto a la víctima.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cargo que desempeña |  |
| Departamento, unidad o área de desempeño |  |

**Respecto a la denuncia- Vinculo Organizacional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel jerárquico del denunciado/a- victimario/a respecto a la victima | | | |
| Nivel Superior 🞎  Persona Externa 🞎 | Igual Nivel Jerárquico 🞎  Indicar Vinculo que los relaciona (usuario externo, beneficiario proyecto, personal de otro servicio, etc.) | | 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 con la víctima? | | | |
| Sí 🞎 | | No 🞎 En ocasiones 🞎 | |
| ¿El/la denunciado/a-victimario/a asiste reiterativamente al servicio? (en caso de ser usuario externo) | | | |
| Sí 🞎 | | No 🞎 En ocasiones 🞎 | |
| ¿El/la denunciado/a - victimario/a ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación? | | | |
| Sí 🞎 | | No 🞎 | |

**Narración de la 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 especifica |  |
| Testigos |  |
| Correos electrónicos |  |
| Fotografías |  |
| Videos |  |
| Otros documentos de respaldo |  |

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

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

Observaciones

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

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

Firma de el/la denunciante