

ANEXO A
FORMULARIO DENUNCIA

Fecha	dd	mm	aa
-------	----	----	----

I. Identificación de el/la Denunciante

Nombre Completo			
R.U.T		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Cargo que desempeña		Región	
División/Departamento/Sector-Oficina			
Teléfonos		E-mail	

II. Identificación de la víctima (sólo en caso que el/la denunciante no sea la víctima)

Nombre Completo			
R.U.T		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección Particular			
Comuna y Región			
Teléfonos		E-mail	
División/Departamento/Sector-Oficina		Región	
Cargo que desempeña			
Calidad contractual	Planta	Contrata	CDT HSA Externo

III. Identificación de el/la Denunciado/a (Victimario)

Nombre Completo			
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-----	
Cargo que desempeña		Región	
División/Departamento/Sector-Oficina			
Calidad contractual	Plan ta	Contrat a	CDT HS A Extern o

IV. Indique la relación laboral de el/la denunciado/a respecto de la víctima.

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Jefe/a Superior | <input type="checkbox"/> | Compañero/a de Trabajo | <input type="checkbox"/> |
| Subalterno/a | <input type="checkbox"/> | Jefe/a superior inmediato | <input type="checkbox"/> |
| Otro/a | <input type="checkbox"/> | Especifique _____/ | |

V. *Identifique el tipo de atentado a la dignidad:*

Violencia en el Trabajo		Acoso Laboral		Acoso Sexual		Discriminación arbitraria	
-------------------------	--	---------------	--	--------------	--	---------------------------	--

Otra conducta que atente a la dignidad de las personas SI ___ NO ___
 Cuál? _____

¿Ha puesto en conocimiento a su superior inmediato de esta situación? SI ___ NO ___

VI. *Breve descripción de la situación de los hechos.*

Describa cronológicamente la situación que ha sufrido y que avalará esta denuncia. Señalar Nombres, Lugares, Fechas, Testigos y Detalles que complementen la denuncia.
 (Si desea puede relatar los hechos en una hoja adjunta).

VII. **Señale desde hace cuánto tiempo ha sido víctima del tipo de violencia organizacional.**

Menos de 1 mes		Entre 1 y 3 meses		Entre 3 y 6 meses		Superior a 6 meses	
----------------	--	-------------------	--	-------------------	--	--------------------	--

VIII. *De tener antecedentes y/o pruebas que acrediten su denuncia, marque cuáles:*

Cartas		Correo Electrónico	
Videos		Ninguna evidencia específica	
Fotografías		Otros documentos	
Testigos			

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

IX. **Observaciones** (Si desea incorporar otros antecedentes no considerados en el formulario, por favor señalar y adjuntar)

COMPROBANTE ENVÍO DE DENUNCIA

A COMPLETAR POR DENUNCIANTE(S)

FECHA ____/____/____

(FECHA DE ENTREGA O ENVÍO DEL DOCUMENTO)

NOMBRE - FIRMA
DENUNCIANTE(S)

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DENUNCIA

A COMPLETAR POR RECEPTOR/A DE DENUNCIA.

N° Denuncia ____

FECHA ____/____/____

FECHA DE RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO
NACIONAL.

FECHA ____/____/____

FECHA DE ENVÍO DE DENUNCIA A DIRECTOR

SE ACOGE DENUNCIA: SI ____
NO ____

Motivo

NOMBRE - FIRMA
RECEPTOR/A DE DENUNCIA

NOTA:

No corte esta hoja, envíela firmada junto con todos los antecedentes. Posteriormente le será devuelta.
Una copia debe quedar en poder de el/la Receptor/a de Denuncia.