

ANEXO I

Formato de denuncia de acoso sexual

Fecha:
 DÍA MES AÑO

Datos de la persona que presenta la denuncia

Nombres y apellidos: _____

Cédula de identidad: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con la FCM UNA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente Escalafonado | <input type="checkbox"/> Postulante a carreras de la FCM UNA |
| <input type="checkbox"/> Docente No Escalafonado | <input type="checkbox"/> Personal de blanco |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Personal administrativo |

Si es funcionario de la institución, ¿en qué Cátedra/Servicio/Departamento se desempeña?:

Si es funcionario de la institución, complete el nombre de su Jefe o Superior inmediato:

Datos de la persona sobre la que se presenta la denuncia

Nombres y apellidos: _____

Teléfono: _____

Relación con la FCM UNA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente Escalafonado | <input type="checkbox"/> Postulante a carreras de la FCM UNA |
| <input type="checkbox"/> Docente No Escalafonado | <input type="checkbox"/> Personal de blanco |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Personal administrativo |

Si es funcionario de la institución, ¿en qué Cátedra/Servicio/Departamento se desempeña?:

Si es funcionario de la institución, complete el nombre de su Jefe o Superior inmediato:

Declaración de hechos

Fecha en la que ocurrió: Hora aproximada:
 DÍA MES AÑO

Lugar: _____

Relate detalladamente la conducta de la persona que presuntamente le acosó:

Reacción inmediata de usted ante esta persona:

Mencione si conoce otros casos de acoso similares en la institución:

Mencione si hubo cambios en su situación laboral/académica a partir de los hechos:

(Adjunte más páginas en caso que estas líneas no sean suficientes)

Elementos de comprobación

Documentos (señale los documentos que presenta adjunto al formulario de denuncia):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Testigos

TESTIGO 1

Nombres y apellidos: _____

Teléfono: _____

Relación con la FCM UNA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente Escalafonado | <input type="checkbox"/> Postulante a carreras de la FCM UNA |
| <input type="checkbox"/> Docente No Escalafonado | <input type="checkbox"/> Personal de blanco |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Personal administrativo |

Si es funcionario de la institución, ¿en qué Cátedra/Servicio/Departamento se desempeña?:

Si es funcionario de la institución, complete el nombre de su Jefe o Superior inmediato:

TESTIGO 2

Nombres y apellidos: _____

Teléfono: _____

Relación con la FCM UNA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente Escalafonado | <input type="checkbox"/> Postulante a carreras de la FCM UNA |
| <input type="checkbox"/> Docente No Escalafonado | <input type="checkbox"/> Personal de blanco |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Personal administrativo |

Si es funcionario de la institución, ¿en qué Cátedra/Servicio/Departamento se desempeña?:

Si es funcionario de la institución, complete el nombre de su Jefe o Superior inmediato:

Nombres y apellidos: _____

Teléfono: _____

Relación con la FCM UNA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente Escalafonado | <input type="checkbox"/> Postulante a carreras de la FCM UNA |
| <input type="checkbox"/> Docente No Escalafonado | <input type="checkbox"/> Personal de blanco |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Personal administrativo |

Si es funcionario de la institución, ¿en qué Cátedra/Servicio/Departamento se desempeña?:

Si es funcionario de la institución, complete el nombre de su Jefe o Superior inmediato:

Firma de la persona denunciante