



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS

ACTA DE DENUNCIA DE ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL O VIOLENCIA LABORAL

I.- IDENTIFICACIÓN DE LA DENUNCIA Y DE LAS PARTES INVOLUCRADAS

1.- TIPO DE DENUNCIA (Por favor marque con una X en el casillero con lápiz de tinta)

VIOLENCIA/MALTRATO		ACOSO LABORAL		ACOSO SEXUAL	
--------------------	--	---------------	--	--------------	--

2.- DATOS DEL/LA DENUNCIANTE: (Por favor completar la información con lápiz de tinta y letra clara)

NOMBRE COMPLETO			
DOMICILIO			
RUT		TELÉFONO	
CARGO		Grado EUR	
FUNCIÓN QUE REALIZA			
UNIDAD DE DESEMPEÑO			

3.- DATOS AFECTADO/A

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	

4.- DATOS DEL DENUNCIADO/A

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	

Firma y RUT del /la denunciante/fecha



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS

II.- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

(Por favor maque con una X en los casilleros correspondientes con lápiz de tinta)

5.- NIVEL JERÁRQUICO DEL DENUNCIADO/A, RESPECTO DEL DENUNCIANTE

Nivel superior		Mismo Nivel		Nivel Inferior	
----------------	--	-------------	--	----------------	--

6.- EL DENUNCIADO/A TRABAJA DIRECTAMENTE CON EL/LA DENUNCIANTE

SI		NO		A VECES	
----	--	----	--	---------	--

7.- EL DENUNCIADO/A ES SU JEFATURA SUPERIOR INMEDIATA

SI		NO	
----	--	----	--

8.- EL DENUNCIANTE HA PUESTO EN CONOCIMIENTO DE SU SUPERIOR LA SITUACIÓN

SI		NO	
----	--	----	--

9.- SEÑALE DESDE HACE CUANTO ES VICTIMA DE LA SITUACIÓN DENUNCIADA

--

10.- PARA ACREDITAR LO ANTERIOR CUENTA CON EVIDENCIA? (si tiene evidencia para acreditar debe incluirla junto al formulario de denuncia)

NINGUNA EVIDENCIA		DOCUMENTOS DE RESPALDO		FOTOGRAFÍAS	
TESTIGOS		CORREOS ELECTRÓNICOS		OTRO	

11.- ESPECIFIQUE CUAL SERA LA DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGA COMO EVIDENCIA PARA ACOMPAÑAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA.



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS

III.- ANEXO DENUNCIADOS Y TESTIGOS (Por favor completar la información con lápiz de tinta y letra clara) Si los denunciados fueran más de uno favor registrar a continuación.

12.- DATOS DEL DENUNCIADO/A

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	

13.- SI PARA ACREDITAR EVIDENCIA REQUIERE TESTIGOS POR FAVOR REGISTRAR A CONTINUACIÓN

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO Y ESTABLECIMIENTO	

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	
FUNCIÓN QUE REALIZA	
UNIDAD DE DESEMPEÑO Y ESTABLECIMIENTO	

FIRMA Y RUT DEL/LA DENUNCIANTE/FECHA

