

FORMULARIO DE DENUNCIA

Denuncia por hechos constitutivos de Maltrato, Acoso Laboral y/o Sexual.

I. TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS

De acuerdo a lo señalado en el protocolo de denuncias, marque con una "X" la alternativa que corresponda al tipo de violencia laboral que se denuncia:

<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual
<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Maltrato Laboral
<input type="checkbox"/>	Otra conducta que atente a la dignidad de las personas

II. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

Datos de Identificación respecto a quien REALIZA la denuncia:

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Víctima (Persona en quien recae la acción de violencia organizacional, acoso laboral y sexual)
<input type="checkbox"/>	Denunciante (Persona que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso laboral y sexual y que NO es víctima de tales acciones)

III. DATOS PERSONALES DEL DENUNCIANTE (sólo en el caso que el DENUNCIANTE NO sea la VÍCTIMA):

Nombre Completo		
Cargo que desempeña		
Servicio / Unidad / Departamento		
Teléfono / correo electrónico		

IV. DATOS PERSONALES DE LA VÍCTIMA:

Nombre Completo		
Rut		
Dirección Particular		
Comuna / Región		
Teléfono de contacto		
Correo de contacto		
Cargo que desempeña		
Servicio / Unidad / Departamento		

V. DATOS PERSONALES DEL DENUNCIADO:

Nombre Completo		
Cargo que desempeña		
Servicio / Unidad / Departamento		

FORMULARIO DE DENUNCIA

Denuncia por hechos constitutivos de Maltrato, Acoso Laboral y/o Sexual.

2. Señale desde hace cuánto tiempo es víctima de acciones del tipo violencia organizacional:

3. 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)

→ Se pueden relatar hechos en hoja adjunta

4. 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).

→ Se pueden relatar hechos en hoja adjunta



HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE
UNIDAD RELACIONES LABORALES

FORMULARIO DE DENUNCIA

Denuncia por hechos constitutivos de Maltrato, Acoso Laboral y/o Sexual.

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO

NOMBRE – FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA ____/____/____

NOMBRE – FIRMA RECEPTOR/A

(En el caso que el documento se entregue en Oficina de Partes, debe ser timbrada su recepción)

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

COPIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DOCUMENTO

NOMBRE – FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA ____/____/____

NOMBRE – FIRMA RECEPTOR/A

(En el caso que el documento se entregue en Oficina de Partes, debe ser timbrada su recepción)