

FORMATO DE DENUNCIA ACOSO SEXUAL, LABORAL Y/O VIOLENCIA EN EL TRABAJO
HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

INDIQUE EL TIPO DE CONDUCTA DENUNCIADA

MARQUE CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA

Acoso Sexual	<input type="checkbox"/>
Acoso Laboral	<input type="checkbox"/>
Violencia en el trabajo ejercida por terceros ajenos	<input type="checkbox"/>
Otros tipos de abusos	<input type="checkbox"/>

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 sexual, laboral y/o violencia en el trabajo ejercida por terceros ajenos)
<input type="checkbox"/>	Denunciante: Persona (Un tercero que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso sexual, laboral y/o violencia en el trabajo ejercida por terceros ajenos).

PONIENDO EN SU CONOCIMIENTO, LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

DATOS DE ÉL/LA DENUNCIANTE, DENUNCIANTE (SÓLO EN EL CASO QUE EL DENUNCIANTE NO SEA LA VÍCTIMA):	
Nombres y apellidos:	
Rut:	
Dirección:	
Teléfono celular:	
Correo electrónico:	
Cargo:	
Depto./ Área:	
Fecha de denuncia:	

DATOS DE ÉL/LA VÍCTIMA:

Nombres y apellidos:			
Rut:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Teléfono celular:			
Correo electrónico:			
Cargo:			
Depto./ Área:			
Fecha de denuncia:			

DATOS DE ÉL/LA DENUNCIADO (A):	
Nombres y apellidos:	
Cargo:	
Depto./ Área:	

RESPECTO A LA DENUNCIA

NIVEL JERÁRQUICO DEL DENUNCIADO – VICTIMARIO RESPECTO A LA VÍCTIMA

MARQUE CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA:

Inferior nivel jerárquico	<input type="checkbox"/>
Igual nivel jerárquico	<input type="checkbox"/>
Mayor nivel jerárquico	<input type="checkbox"/>
Nivel jerárquico indistinto	<input type="checkbox"/>

¿EL DENUNCIADO – VICTIMARIO CORRESPONDE A LA JEFATURA SUPERIOR INMEDIATA DE LA VÍCTIMA?

MARQUE CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

¿EL DENUNCIADO – VICTIMARIO TRABAJA DIRECTAMENTE CON LA VÍCTIMA?

MARQUE CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

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 tuvieran 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:**

- Ningún antecedente específico
- Correos electrónicos
- Fotografías
- Testigos
- Videos
- Otros antecedentes documentales de respaldo

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

--

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA:

--	--	--

IMPORTANTE:

Esta denuncia será enviada a Dirección de su Establecimiento, por el receptor de denuncia, en sobre cerrado.