

**FORMULARIO DE DENUNCIA COLECTIVA**

Denuncia por hechos constitutivos de Violencia Laboral.

**TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS**

De acuerdo al Protocolo, marque con una “X” la o las alternativas que corresponda al tipo de violencia laboral que se denuncia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Acoso Laboral | |
|  | Acoso Sexual | |
|  | Otra conducta que atente a la dignidad |
|  | Desconozco la diferencia\* | |

**IDENTIFICACIÓN DE LOS/AS INVOLUCRADOS/AS**

Marque con una “X” la alternativa que corresponda respecto a quien realiza la denuncia:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Un/a Tercera persona (pone en conocimiento el hecho de violencia, sin ser víctima de éste) |
|  | Denuncia Colectiva (más de dos personas informando sobre la existencia de violencia laboral con el/la misma persona denunciada) |

**Datos personales de las víctimas:**

Incluir los datos de todas las personas identificadas como víctimas en cuadros diferenciados entre sí.

**PERSONA 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | | |
| Sexo de la víctima | MUJER | HOMBRE | NO ESPECIFICA |
| Cargo que desempeña |  | | |
| Departamento o área de desempeño |  | | |
| Relación contractual con Institución |  | | |
| Establecimiento |  | | |
| Teléfono de contacto |  | | |
| Mail de contacto |  | | |

**PERSONA 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | | |
| Sexo de la víctima | MUJER | HOMBRE | NO ESPECIFICA |
| Cargo que desempeña |  | | |
| Departamento o área de desempeño |  | | |
| Relación contractual con Institución |  | | |
| Establecimiento |  | | |
| Teléfono de contacto |  | | |
| Mail de contacto |  | | |

**PERSONA 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | | |
| Sexo de la víctima | MUJER | HOMBRE | NO ESPECIFICA |
| Cargo que desempeña |  | | |
| Departamento o área de desempeño |  | | |
| Relación contractual con Institución |  | | |
| Establecimiento |  | | |
| Teléfono de contacto |  | | |
| Mail de contacto |  | | |

**Datos personales del/la denunciado/a:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | | |
| Sexo de la persona denunciada | MUJER | HOMBRE | NO ESPECIFICA |
| Cargo que desempeña |  | | |
| Departamento o área de desempeño |  | | |
| Relación contractual con institución |  | | |
| Establecimiento |  | | |
| Datos de contacto si se manejan |  | | |

**RESPECTO A LA DENUNCIA**

¿Cuál es el nivel jerárquico del/la denunciado/a respecto a las víctimas?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nivel jerárquico superior |
|  | Igual nivel jerárquico |
|  | Nivel jerárquico inferior |
|  | Se desconoce |

¿La persona denunciada trabaja en el mismo espacio físico con las víctimas?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí |
|  | No |
|  | Ocasionalmente. Describa con qué frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

¿Las víctimas han puesto en conocimiento a su superior inmediato sobre esta situación o a otro superior, si la persona denunciada es su jefatura? Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí |
|  | No |
|  | Se desconoce |

**NARRACIÓN DE LOS HECHOS**

Se encontrarán con un espacio para relatar hechos, no olviden lo siguiente:

* Cronología de las situaciones a narrar.
* Especificar la frecuencia y/o tiempo en que ocurrieron las situaciones descritas.
* Identificar personas involucradas (denunciado/a - testigos) si se manejan datos de contacto, que éstos sean incluidos en cuadro al final del formulario.
* Dentro de los anexos del Protocolo, se agrega una línea de tiempo que puede facilitar el relato cronológico de los hechos, no es obligación utilizarla.
* Si requieren más espacio, pueden incorporar las hojas que estimen convenientes.

|  |
| --- |
| 1. Describan las conductas manifestadas - en orden cronológico - por la persona denunciada que avalarían la acusación. Indique el/los hechos; las personas involucradas; el lugar donde ocurrió; tiempos de exposición al/los hechos y otros detalles que complementen la denuncia. Intente ser lo más específica/o posible. |
|  |

**IDENTIFICACIÓN DE TESTIGOS**

Testigo 1

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Cargo que desempeña |  |
| Departamento o área de desempeño |  |
| Establecimiento |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto |  |

**Testigo 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Cargo que desempeña |  |
| Departamento o área de desempeño |  |
| Establecimiento |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto |  |

\* Si requieren de más espacio para agregar otro/a testigo, anéxenlo al final del formulario junto a otros documentos si existiesen, en este formato.

**ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA DENUNCIA**

¿Con qué documentos o antecedentes cuentan, que acrediten su denuncia?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ninguna evidencia específica |
|  | Testigos |
|  | Correos electrónicos |
|  | Documentos |
|  | Informe médico y/o psicológico |
|  | Otros medios de prueba |

Señalen cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Señalen los documentos que adjuntan en la presente denuncia, indicando el nombre del documento y el número de páginas. |
|  |

¿Las víctimas solicitaron apoyo del Equipo de acogida y orientación?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí |
|  | No |
|  | Desconocemos quien cumple ese rol en el establecimiento |

|  |
| --- |
| Nombres y Firmas quienes denuncian |

Fecha de entrega del documento \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_