|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE DENUNCIA LEY 21.369** |

**Instrucciones:**

Este formulario tiene como propósito facilitar la denuncia de cualquier situación de acoso sexual, violencia y discriminación de género, de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 21.369. Por favor, complete este formulario con la mayor precisión y detalle posible. Toda la información proporcionada será tratada de manera confidencial y será utilizada exclusivamente para la investigación del caso.

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE:****Nombre (y/o nombre social): .** **Cédula de Identidad: .****Correo electrónico institucional: .****Sede o campus: .****Teléfono: .****Estamento: .****Carrera/área: .** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calidad de la persona denunciante** |  | Victima  |
|  |  |
|  | Tercero |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de atentado contra la dignidad** |  | Acoso sexual |
|  |  |
|  | Discriminación de Género |
|  |  |  |
|  |  | Violencia de género |

**IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA:**

 **Nombre (y/o nombre social): .**

 **Correo electrónico institucional: .**

 **Sede o campus: .**

 **Estamento: .**

 **Carrera/área: .**

|  |
| --- |
| **SOLICITUD:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES: Relato de los hechos**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTA DOCUMENTOS DE RESPALDO** | **SÍ** |  | **TIPO** | **TESTIGOS** |  |
| **FOTOGRAFÍAS** |  |
| **NO** |  | **VIDEOS** |  |
| **OTROS** |  |

* Los documentos que respalden la denuncia deben adjuntarse en conjunto con este formulario.
* Los testigos deben individualizarse indicando su nombre completo, correo electrónico, sede y estamento al que pertenece (estudiante/funcionario/docente).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Firma Solicitante

Fecha entrega solicitud: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_