|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_