

Comisión de Buenas Prácticas Laborales Formulario de Denuncia

Identificación del funcionario (a) Denunciante.

RUT:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Dirección:

Región / Comuna:

Lugar de desempeño en la Universidad:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

En _____ (fecha) el suscrito, integrante de la Comisión de Buenas Prácticas Laborales, ha recibido la presente denuncia por Acoso Laboral.

Para su tramitación, el denunciante provee los siguientes antecedentes:

Identificación del funcionario (a) denunciado:

– Nombre:

– Sexo:

– Edad:

1. Cargo o función dentro de la Universidad:

2. Lugar de desempeño:

3. Relación jerárquica respecto al denunciante:

(Inferior / Igual / Superior Nivel Jerárquico)

4. El Denunciante trabaja directamente con el funcionario denunciado:
(si / no):
5. El Denunciante ha puesto en conocimiento de su superior jerárquico inmediato la situación que le aflige (si / no):
6. El Denunciante declara haber sido víctima del Acoso Laboral desde hace (días, semanas, meses, años):
7. Detalle las acciones que considera Acoso Laboral (de ser necesario, describa en hojas adjuntas):
8. Para acreditar lo anterior se cuenta con:
 - Antecedentes documentales de respaldo:
 - Testigos (detallar nóminas):
 - Otros:

Todo lo anterior se ratifica con la firma del Denunciante:

Firma Denunciante

Funcionario Receptor

Valparaíso, _____