



## FORMULARIO DE RECEPCION DE DENUNCIA

FORMA DE RECEPCIÓN DE LA DENUNCIA	DELEGADO	TELEFONICA	CORREO ELECT.
-----------------------------------	----------	------------	---------------

### DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR	
DNI	
EDAD	
SEXO	
CIUDAD	
PROVINCIA	
NACIONALIDAD	
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

### DATOS LABORALES

LUGAR DE TRABAJO	
AREA	
ORGANISMO	
AGRUPAMIENTO	
FUNCION O TAREA QUE REALIZA	
SITUACION LABORAL	
ANTIGUEAD	
AFILIACION SINDICAL	
NOMBRE DEL DELEGADO DEL AREA	

<b>DATOS DEL PRESUNTO ACOSADOR</b>	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
NOMBRE Y APELLIDO DE SU SUPERIOR JERARQUICO	
CARGO	

<b>ANTECEDENTES</b>			
¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO?	SI	NO	
¿DE QUE TIPO?	MEDICO	PSICOLOGICO	PSIQUIATRICO
¿SE ENCUENTRA DE LICENCIA?	SI	NO	
¿POR QUE MOTIVO?			
FECHA DE REINCORPORACIÓN			
FORMA DEL MALTRATO	FISICO	SEXUAL	PSICOLOGICO
<p>A CONTINUACIÓN DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION DE MALTRATO, INCLUYENDO TIEMPO DESDE QUE COMENZARON Y PERIODICIDAD DE LAS MISMAS</p>			