

PROGRAMAS DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y SERVICIOS DE DEFENSORIA DEL PUEBLO

FORMULARIO PARA INFORMES O QUEJAS DE ACOSO Y DISCRIMINACIÓN

Nombre _____

Domicilio _____

Dirección de trabajo _____

Teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

I. ¿El incidente o incidentes implicaron?: Raza _____ Origen nacional _____

Credo(Religión) _____ Edad _____

Color _____ Discapacidad _____

Género _____ Otro _____

(Marque todo lo que corresponda)

II. Su demografía: (Ejemplo: Si ha marcado raza o edad, ¿cuál es su raza o edad?)

Raza _____ Origen nacional _____

Crede(Religión) _____ Edad _____

Color _____ Discapacidad _____

Género _____ Otro _____

Nombre de la persona que cree que le ha acosado o discriminado:

Describa el incidente o incidentes con la mayor claridad posible, incluyendo datos como la fecha, la hora, el lugar, quién, qué, cuándo y dónde:

DECLARACIÓN

(Adjunte páginas adicionales, documentos u otros materiales si es necesario)

Enumere los testigos presentes o conocedores

Por la presente certifico que la información que he proporcionado en esta denuncia es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Entiendo que si esta investigación revela que he proporcionado a sabiendas información falsa o engañosa, puedo estar sujeto a medidas disciplinarias.

Firma del demandante

Nombre en letra de imprenta del
demandante

Fecha de finalización de la queja

Recibido por

Fecha de recepción