Servicio de Salud
Araucanía Norte

Ministerio de Salud

HOSPITAL mauricioheyermann
Mejorando para ti

Formato de Denuncias por Acoso Laboral y/o Sexual al Comité de Buenas Practicas Laborales.

Nombre completo del denunciante:…….

Establecimiento de Dependencia:..……..

Correo electronico:…….

Telefono Movil…….……Fijo:……..…

RUT:……...Cargo:……

Departamento, Sección, Unidad:……

Fecha en la cual se denuncian los hechos:……..

Nombre del funcionario que recepciona la denuncia:……..

Relación Jerarquica respecto al denunciado:……

El denunciante trabaja directamente con el denunciado: Si……..……No…….

El denunciante a puesto en conocimiento de los hechos a su jefatura: Si…….No……

El denunciante declara ser visctima de acoso desde:…./…../…….. hasta ……/…../……

El denunciante cuenta con antecedentes: Si……No……

En relación a los hechos constitutivos, que son presentados como antecedentes de la denuncia: Deben incluirse todos los elementos en los que se identifiquen las circunstancias de sujeto (quién o quiénes), tiempo (cuándo), modo (cómo) y lugar (dónde).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(De ser necesario el Comité podrá solicitarle posteriormente la ampliación de la información ofrecida)

¿Cuenta usted con alguna prueba? (¿Cuál(es)?) Por prueba se entiende, Audio, Video, Bitácora, Documento, Correo, Testigos, Etc. (Adjuntar pruebas a la presente denuncia)

Sugerencias para mejorar el proceso de denuncia, investigación y sanción del acoso laboral y/o sexual.

Servicio de Salud
Araucanía Norte

Ministerio de Salud

HOSPITAL mauricioheyermann
Mejorando para ti

Plazo de investigación inicial 5 días hábiles

IMPORTANTE:

1. Recuerde que Ud. es el principal beneficiado si mantiene la reserva de la denuncia realizada.
2. Si esta denuncia resultara ser comprobadamente falsa, Ud. se expone a:
   - Anotación de Demérito y cualquier otra acción que el Director estime pertinente.
3. Todo esto, sin perjuicio de las acciones judiciales que el denunciado pueda emprender por sus propios medios.

Firma:

_____ _____

Denunciante Receptor