



CÓDIGO NUMÉRICO:

**SOLICITUD DE DENUNCIA POR ACOSO SEXUAL Y/O POR RAZON DE SEXO**

**SOLICITANTE:**

	PERSONA AFECTADA:
	COMPAÑERO/COMPAÑERA:
	ÁREA/SERVICIO DE PREVENCIÓN:
	OTROS (ESPECIFICAR):

**DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AFECTADA:**

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI:	SEXO: <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE
CENTRO CICYTEX AL QUE PERTENECE: <input type="checkbox"/> LA ORDEN - VALDESEQUERA <input type="checkbox"/> INTAEX <input type="checkbox"/> ICMC <input type="checkbox"/> CAEM	
DEPARTAMENTO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:	
VINCULACIÓN LABORAL/ TIPO DE CONTRATO:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	

**DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:**

**En el caso de que haya testigos, indique sus nombres y apellidos:**

**SOLICITUD:**