



**FORMULARIO DENUNCIA POR HECHOS CALIFICADOS O CALIFICABLES DE ACOSO SEXUAL,
ACOSO LABORAL Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO EJERCIDA POR TERCEROS AJENOS A LA
RELACIÓN LABORAL (Ley N°21.643 "Ley Karin")**

Los campos indicados con (*) son obligatorios.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE

Rut (*)	
Nombre completo (*)	
Sexo Registral (*)	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Identidad de Género (*)	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No sabe Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Nombre de Avenida, Calle (*)	
Número (*)	
Región (*)	
Comuna (*)	
Fono Contacto (*)	
E-mail institucional (*)	
E-mail particular	
Medio de notificación preferente (marcar x en la opción (1) seleccionada) (*)	Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>
Tipo vinculo (*)	Equipo Directivo <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Apoderado/Estudiante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____



¿es usted la persona afectada? (*)	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>*Atención psicológica temprana: Estoy en conocimiento que se me derivara al Programa de atención psicológica temprana del organismo administrador de la Ley N°16.744 (OAL). Lo anterior, para abordar la eventual afectación de mi salud mental, y sin perjuicio de mi asistencia voluntaria.</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>*Prevención de la revictimización: A fin de evitar situación de revictimización, se pondrá en conocimiento de la o las personas directamente afectadas por los hechos relatados, la circunstancia de haber sido presentada una denuncia que les involucra; y se les consultará su opinión o parecer respecto del inicio de un procedimiento de investigación por parte de la institución. Asimismo, se les informará que será(n) derivada(s) al Programa de atención psicológica temprana del organismo administrador de la Ley N°16.744. Lo anterior, para abordar la eventual afectación de su salud mental, y sin perjuicio de su asistencia voluntaria. Asimismo, se le(s) informara la disponibilidad de medidas de protección, apoyo o reparación existentes.</p>
---	---

IDENTIFICACIÓN DE LA VÍCTIMA O PERSONA AFECTADA (Completar solo en el evento de realizar denuncia en favor de un tercero)

Rut	
Nombre y apellido(s) (*)	
Sexo Registral (*)	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Identidad de Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/>
Nombre de Avenida, Calle.	
Numero	
Región (*)	
Comuna (*)	
Fono Contacto	
E-mail Institucional (*)	
E-mail particular	
Tipo vinculo UTA (*)	Equipo Directivo <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____



Área desempeño (*)	
---------------------------	--

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA

Rut	
Nombre y apellido (*)	
Sexo Registral (*)	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Identidad de Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Nombre de Avenida, Calle.	
Numero	
Región (*)	
Comuna (*)	
Fono Contacto	
E-mail institucional	
Tipo vinculo UTA (*)	Equipo Directivo <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Apoderado/Estudiante <input type="checkbox"/> Externo (indicar relación que le vincula con la institución) <input type="checkbox"/> _____



Área desempeño En caso de que la persona sea externa, indicar la relación que lo vincula con la institución (*)	
---	--

2. TIPO DE CONDUCTA

Detalle	
Identificación de la conducta denunciada	Acoso sexual <input type="checkbox"/> Acoso laboral <input type="checkbox"/> Violencia en el trabajo ejercida por terceros ajenos a la relación laboral <input type="checkbox"/>

3. NARRACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS Y HECHOS

Detalle	
Relate los hechos asociados a la denuncia, descríbalos en orden cronológico, identificando fechas si las conoce (*)	
Señale desde hace cuánto tiempo se desarrollan las Acciones recién descritas (*)	



Testigos	
Nombre y apellido(s)	Área desempeño o Funcion
1	
2	
3	
4	

Individualice los antecedentes y documentos que acreditarían los hechos denunciados (correos electrónicos, fotografías, videos, otros)	
1	
2	
3	
4	

4. Medidas de protección provisorias

Detalles	
Requiero se considere adoptar una medida preventiva temporal.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Señale las medidas de protección requeridas *La solicitud realizada es solo referencial, quedando sujeta a Evaluación de pertinencia y necesidad.	

5. Medidas de apoyo a las víctimas

Requiero se me otorguen las siguientes medidas de apoyo a las víctimas	Apoyo Psicológico <input type="checkbox"/> No requiero medidas de apoyo <input type="checkbox"/>
---	---

6. Caso constitutivo de delito

En caso de que los hechos denunciados sean constitutivos de delito, entiendo que junto con el envío de este formulario manifiesto expresamente mi voluntad de que dichos antecedentes sean presentados ante el Ministerio Público, pudiendo generarse con ello un proceso judicial.

