**SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Persona afectada |  |  | Asesoría Confidencial |  |  | Recursos Humanos |
|  | Delegados de Prevención |  |  | Comité de Seguridad y Salud |  |  |  |
|  | Unidad afectada |  |  | Otros |  |  |  |

**TIPO DE ACOSO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sexual |  |  | Por razón de sexo |
|  | Otras discriminaciones (especificar) |  |  |

**DATOS DE LA PERSONA AFECTADA**

Nombre y Apellidos NIF Sexo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **H** |  |  | **M** |

Teléfono

|  |
| --- |
|  |

**DATOS PROFESIONALES DE LA PERSONA AFECTADA**

Centro de trabajo Unidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Vinculación laboral

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Funcionario/a |  |  | Estatutario/a |  |  | Interino/a |  |  | Laboral fijo |  |  | Labora temporal |
|  | Grupo |  |  | Nivel |  |  | Antigüedad en el lugar de trabajo (años). |

**DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS**

|  |
| --- |
|  |

**DOCUMENTACIÓN ANEXA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI (especificar) |  |  |  | NO |

|  |
| --- |
| En el caso de testigos se deberá indicar su identificación cuando aporten pruebas |

**SOLICITUD**

Solicito el inicio del protocolo de actuación frente al Acoso Sexual o Acoso por razón de sexo.

**LOCALIDAD Y FECHA: FIRMA DE LA PERSONA INTERESADA**