

**PROTOCOLO DE ACOSO LABORAL**  
**Anexo II – MODELO DE DENUNCIA POR ACOSO**

SOLICITANTE (señalar lo que proceda)			
Persona afectada	<input type="checkbox"/>	Recursos humanos	<input type="checkbox"/>
Comité de Seguridad y Salud	<input type="checkbox"/>	Departamento/Dirección afectada	<input type="checkbox"/>
Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Delegados/as de prevención	<input type="checkbox"/>		

TIPO DE ACOSO			
Moral / laboral	<input type="checkbox"/>	Por razón de sexo	<input type="checkbox"/>
Sexual	<input type="checkbox"/>	Por razón de orientación sexual	<input type="checkbox"/>
		Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AFECTADA			
Nombre y apellidos			
NIF		Teléfono de contacto	
Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AFECTADA			
Departamento			
División o Dirección			
Vinculación laboral			
Fijo	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>
Antigüedad en el puesto de trabajo			

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

DOCUMENTACIÓN ANEXA

FIRMA

FECHA