|  |
| --- |
| **FORMATO PARA LA DENUNCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y ACOSO SEXUAL EN LA UNIVERSIDAD ESTATAL AMAZÓNICA** |
| **EL DENUNCIANTE ES LA VÍCTIMA:** SI ( ) NO ( ) |
| **DATOS DE LA VICTIMA** |
| Nombres y Apellidos: |  |
| Sexo: | Género: |
| Mujer ( ) | Hombre ( ) | Masculino ( ) | Femenino( ) | Otro ( ) |
| Especifique: |
| Edad: | Cédula: | Pasaporte: | Nacionalidad: |
| Dirección domiciliaria: | Calle: | Número/ Referencia: |
|  |
| Teléfono Convencional: |  | Teléfono celular: |  |
| Discapacidad: | Física( ) Intelectual ( ) Sensorial/Comunic( ) Psicológica( ) Múltiple: ( ) Otra: ( ) Especifique: |
| Autoidentificación: | Indígena ( ) Afroecuatoriana ( ) Montubia ( ) Mestiza ( ) Blanca ( ) Otra ( ) Especifique: |
| Estado civil: | Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Unión de hecho ( ) Viudo/a ( ) Divorciado/a ( ) |
| Movilidad humana: | Migrante: ( ) Refugiado/a: ( ) | País de Origen: |
| Carrera/ Área/ a la que pertenece: |  |
| Cargo que desempeña en la USGP: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar de agresión: |  |
| Tipo de agresión: | Física: ( ) |  | Psicológica: ( |  | ) Sexual: ( ) Otra: ( ) |  |
| Especifique: |
| Frecuencia: | Primera vez: ( | ) | Ocasional: ( | ) | Permanente: ( ) |  |
| Nombre de la persona agresora(en el caso de conocerla): |  |
| Función o relación con la USGP: |  | Estudiante: ( | ) Docente: ( |  | ) Administrativo: ( ) Trabajador: ( | ) |
| Otro: ( ) Especifique: |
| Describa pruebas que se aportan: |  |
| De existir testigos, consigne sus datos (nombres, direcciones, teléfonos): |  |
| Breve descripción del hecho: |  |
| Firma persona que recibe: | Firma de persona que denuncia: |
|  |  |
| Nombres y Apellidos: |  | Nombre y Apellidos: |  |

 **Consentimiento Informado**

Autorizo expresamente a que la denuncia que he presentado ante esta instancia de la Universidad Estatal Amazónica sea conocida de conformidad con lo dispuesto en el Protocolo de prevención y actuación en casos de acoso, discriminación y violencia basada en género y orientación sexual en la Universidad Estatal Amazónica.

Puyo a ……….. del mes…………………………… del año………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **\_** |  |  **\_** |
| Firma de la persona denunciante | Firma de la persona agredida de ser diferente | Firma de la persona que recibe la denuncia |
| CI:  | CI:  | CI:  |