

MODELO DE EQUIDAD DE GÉNERO FORMATO DE QUEJA

¡Permítenos ayudarte, no te calles, alza la voz!

Nombre completo de quien denuncia:

_____ Sexo H M

Edad _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Considera que ha sido víctima de:

Violencia laboral

Hostigamiento sexual

Discriminación

Servidor(a) público(a) a quien señala como responsable:

Descripción detallada de los hechos:

(En caso se requerir más espacio, ocupar la parte posterior de esta hoja, o una hoja adicional)

Es la primera vez que le ocurre:

Sí

No

Comentarios adicionales:

Lugar y Fecha:
