

**FORMATO DE DENUNCIA**  
**ACOSO SEXUAL, VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO**

<b>CENTRO DE FORMACIÓN TÉCNICA ESTATAL REGIÓN DE COQUIMBO</b>		<b>Fecha</b>
<b>Teléfono del denunciante</b>		<b>Correo electrónico del denunciante</b>
<b>Nombre(s)<sup>1</sup></b>	<b>Apellido materno</b>	<b>Apellido paterno</b>
<b>Domicilio</b>		
<b>Trabaja en el CFT</b>		
<b>Si                      No</b>		
<b>Entidad o dependencia</b>		
<b>Cargo o puesto</b>	<b>Departamento</b>	
<b>Nombre del Denunciad(a)o</b>	<b>Apellidos</b>	
<b>Domicilio (en caso de conocerlo)</b>		
<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>	
<b>Entidad o dependencia en la que se desempeña</b>		
<b>Cargo o puesto</b>		

<sup>1</sup> Persona que presenta la denuncia

Descripción de los hechos
Medios probatorios
Observaciones

Anexos (si desea incorporar otros elementos)

Enviar formulario a [denuncias.genero@cftcq.cl](mailto:denuncias.genero@cftcq.cl)

**Nota: Se deja constancia que toda la información proporcionada es de carácter confidencial y bajo estricta reserva del departamento de inclusión y género.**



**CFT** ESTATAL  
REGIÓN DE COQUIMBO