**Formato de Denuncia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la presunta víctima**  \* Contesta todos los campos requeridos o, en su caso, coloca N/A si no te aplica alguno. | |
| Fecha: |  |
| Nombre completo: |  |
| Cargo o puesto: |  |
| Unidad de adscripción: |  |
| Domicilio laboral: |  |
| Teléfonos: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Edad: |  |
| Sexo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información adicional de la presunta víctima** | |
| ¿Es persona servidora pública? |  |
| ¿Vive con alguna discapacidad? |  |
| ¿Habla alguna lengua indígena? |  |
| De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿Se considera indígena? |  |
| Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres, ¿se considera negra(o), afromexicana(o)(afrodescendiente)?: |  |
| ¿Practica alguna religión o creencia? |  |
| Máximo grado de estudios |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la persona denunciada** | |
| Nombre: |  |
| Cargo o puesto: |  |
| Ubicación fisica del centro de trabajo de la persona denunciada: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Sexo: |  |
| Edad (apox): |  |
| ¿Es integrante del CEPCI SS? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la Denuncia** | |
| Lugar de los hechos: |  |
| Sexo de la persona denunciada: |  |
| Edad de la persona denunciada: |  |
| Relación con la persona denunciada: |  |
| Existen testigos de los hechos: |  |
| Hora de Ocurrencia de los hechos: |  |
| ¿La denuncia se registrará de forma anónima? |  |

|  |
| --- |
| **Narración de Hechos.** |
|  |