

**FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIA DE ACOSO, ABUSO, DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL PARA LA UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**

PARA ESTUDIANTES: CIVILES Y MILITARES

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE:         ID: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: M  F  OTRO (indique) \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE:  CIVIL  MILITAR  PERIODO QUE CURSA: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_ MODALIDAD: PRESENCIAL  VIRTUAL  DISTANCIA

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A:  CASADO/A:  VIUDO:  DIVORCIADO/A:  U.LIBRE  SEPARADO/A:

GRUPO ÉTNICO: MESTIZO:  AFRO-ECUATORIANO:  BLANCO:  INDÍGENA  AMAZÓNICO:  TSÁCHILA:  MONTUVIO:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ PARROQUIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ SECTOR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: CONVENCIONAL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: PERSONAL: \_\_\_\_\_ INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_

REGISTRA DISCAPACIDAD: MOTORA  INTELECTUAL  COGNITIVA  PSICOLÓGICA  AUDITIVA  VISUAL

POSEE ENFERMEDAD CATASTRÓFICA/DEGENERATIVA: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DE LA AGRESIÓN:**

TIPO DE AGRESIÓN:

FISICA  PSICOLÓGICA  SEXUAL  ABUSO  ACOSO  DISCRIMINACIÓN  VIOLENCIA DE GÉNERO

FRECUENCIA DE LA AGRESIÓN: OCASIONAL  PERMANENTE  PRIMERA VEZ

FECHA DE LA AGRESIÓN: \_\_\_\_\_ PRESENTA EVIDENCIA DE LA AGRESIÓN: SI  NO

LUGAR DE LA AGRESIÓN: \_\_\_\_\_

**3. DATOS DEL AGRESOR:**

DEPARTAMENTO/CARRERA/UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL AGRESOR: \_\_\_\_\_

RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA UNIVERSIDAD: DIRECTIVO  DOCENTE  ESTUDIANTE  ADMINISTRATIVO

GUARDIA  MILITAR  TRABAJADOR

**4. DESCRIPCIÓN DE HECHOS SUSCITADOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. EFECTOS CAUSADOS POR LA AGRESIÓN:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA DENUNCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DENUNCIA \_\_\_\_\_

CEDULA DE CIUDADANÍA:         \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA DENUNCIA: \_\_\_\_\_

CARGO O FUNCION: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_