



MINISTERIO
DE FOMENTO

Puertos del Estado



FORMULARIO DE DENUNCIA POR ACOSO

SOLICITANTE

☐ Persona afectada	☐ Área/Servicio de Prevención	☐ Recursos Humanos	☐ Otros (Especificar)
☐ Comité de Seguridad y Salud	☐ Delegados/das de prevención	☐ Unidad directiva afectada	☐

TIPO DE ACOSO

☐ Moral/Laboral	☐ Por razón de sexo	☐ Otras discriminaciones (Especificar)	☐
☐ Sexual	☐ Por razón de la orientación sexual	☐	☐

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA AFECTADA

Nombre y apellidos NIF Sexo (H/M)

Teléfono de contacto

DATOS PROFESIONALES DE LA PERSONA AFECTADA

Centro de trabajo Dirección Unidad directiva

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

DOCUMENTACIÓN ANEXA

☐ Sí (Especificar) ☐ No

SOLICITUD

☐ Solicito el inicio del Protocolo de actuación frente al Acoso

LOCALIDAD Y FECHA

FIRMA DE LA PERSONA INTERESADA