# ANEXO V. FORMULARIO DE DENUNCIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL DENUNCIANTE** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre y Apellidos | |  |  | |  | NIF |  | Sexo | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | H |  | M |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono de contacto | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATOS PROFESIONALES (si procede)** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Centro de Trabajo | |  |  | |  | Unidad Directiva | | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Vinculación laboral: | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Funcionario/a | |  | Grupo | |  |  | Nivel | | |  |  |
| Estatutario/a | |  | Grupo | |  |  | Nivel | | |  |  |
| Interino/a | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Laboral Fijo | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Laboral temporal | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Antigüedad en el lugar de trabajo | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROYECTO OBJETO DE LA DENUNCIA** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Mejora integral ATENPRO | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mejora integral del servicio de dispositivos de control de las medidas de protección | | | | | | | | | | | |
| Creación de servicios de atención integral 24 horas | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Servicio de orientación sociolaboral y de acompañamiento a las víctimas de trata | | | | | | | | | | | |
| Mapa de Cuidados (Instituto de las Mujeres) | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTACIÓN ANEXA** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Sí (especificar) | |  | No | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Solicito el inicio del Protocolo Antifraude | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **LOCALIDAD Y FECHA** | |  |  | | **FIRMA DEL DENUNCIANTE** | | | | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| El presente modelo de denuncia deberá ser firmado por la persona interesada y presentado a través del buzón [denuncia.fraude@igualdad.gob.es](mailto:denuncia.fraude@igualdad.gob.es) | | | | | | | | | | | |
| Este buzón es un canal de denuncia confidencial y seguro, garantizando la protección efectiva de los denunciantes frente a posibles represalias, de acuerdo con la legislación europea y nacional vigente | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |