# 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  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |