

FORMATO DE DENUNCIA POR PRESUNTOS ACTOS DE DISCRIMINACIÓN

Con fundamento en lo establecido en el PROTOCOLO de actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la atención de presuntos actos de discriminación y bajo protesta de decir verdad, solicito la intervención del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de la CONAVI, a fin de que mi denuncia sea atendida, pues estimo que ésta recae dentro del ámbito de su competencia.

SEÑALO LOS SIGUIENTES DATOS PARA OIR Y RECIBIR TODO TIPO DE NOTIFICACIONES

APELLIDOS:		NOMBRE (S):	
Edad:	Cargo:	Área de Adscripción:	
Género:	Dirección correo electrónico:		
Área de adscripción:	Teléfono:	Extensión:	
Nombre del Jefe inmediato		Cargo del jefe inmediato:	

CONSIDERO QUE HA EXISTIDO UN ACTO, OMISIÓN Ó PRÁCTICA SOCIAL DISCRIMINATORIO EN MI CONTRA, EN RAZÓN DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

Nombre y Firma de la persona denunciante	FECHA DE OCURENCIA		
	DD	MM	AAAA

SOLICITUD MEDIDAS PREVENTIVAS PARA SALVAGUARDAR MI INTEGRIDAD**SEÑALO A LA (S) PERSONA (S) PUBLICA (S) COMO PRESUNTA (S) RESPONSABLE (S) DE DISCRIMINACIÓN**

APELLIDOS:		NOMBRE (S):	
Edad:	Cargo:	Área de Adscripción:	
Género:	Dirección correo electrónico:		
Área de adscripción:	Teléfono:	Extensión:	
Nombre del Jefe inmediato		Cargo del jefe inmediato:	

APELLIDOS:		NOMBRE (S):	
Edad:	Cargo:	Área de Adscripción:	
Género:	Dirección correo electrónico:		
Área de adscripción:	Teléfono:	Extensión:	
Nombre del Jefe inmediato		Cargo del jefe inmediato:	

EN CASO DE EXISTIR TESTIGOS
MANIFESTANDO QUE LOS HECHOS NARRADOS LE (S) CONSTA (N) A LA (S) SIGUIENTE (S) PERSONA (S) SERVIDORA (S) PÚBLICA (S)

APELLIDOS:		NOMBRE (S):	
Edad:	Cargo:	Área de Adscripción:	
Género:	Dirección correo electrónico:		
Área de adscripción:	Teléfono:	Extensión:	
Nombre del Jefe inmediato		Cargo del jefe inmediato:	

APELLIDOS:		NOMBRE (S):	
Edad:	Cargo:	Área de Adscripción:	
Género:	Dirección correo electrónico:		
Área de adscripción:	Teléfono:	Extensión:	
Nombre del Jefe inmediato		Cargo del jefe inmediato:	

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL CEPCI

Persona que recibe la Queja	FECHA RADICACION			Cargo	Firma
	DD	MM	AAAA		
Medio de Recepción:	Personal			Correo Electrónico	Buzón