FORMULARIO DE QUEJA O DENUNCIA EN LA EMPRESA thyssenkrupp Galmed, S.A.U.

I. Persona que informa de los hechos

Persona que ha sufrido el acoso:

Otras (*Especificar*):

II. Datos de la persona que ha sufrido el acoso

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Puesto:

Tipo contrato/Vinculación laboral:

Teléfono:

Email:

Domicilio a efectos de notificaciones:

III. Datos de la persona agresora

Nombre y apellidos:

Grupo/categoría profesional o puesto:

Centro de trabajo:

Nombre de la empresa:

IV. Descripción de los hechos

*Incluir un relato de los hechos denunciados, adjuntado las hojas numeradas que sean necesarias, incluyendo fechas en las que tuvieron lugar los hechos siempre que sea posible*:

V. Testigos y/o pruebas

En caso de que haya testigos indicar nombre y apellidos:

Adjuntar cualquier medio de prueba que considere oportuno (indicar cuales):

V. Solicitud

Se tenga por presentada la queja o denuncia de acoso (INDICAR TIPO DE ACOSO) frente a (IDENTIFICAR PERSONA AGRESORA) y se inicie el procedimiento previsto en el protocolo:

Localidad y fecha: Firma de la persona interesada:

**A la atención de la Comisión Instructora del procedimiento de queja frente al acoso sexual y/ por razón de sexo en la empresa thyssenkrupp Galmed, S.A.U.**