|  |
| --- |
| **Datos del AFECTADO(A) /INTERESADO (A)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** |  | | |
| **Nombre Social** |  | | |
| **Número de DNI** |  | **Lugar y Fecha de nacimiento** |  |
| **Dirección** |  | **Grupo Comunitario***al que pertenece el Agraviado* | **( )Lesbiana**  **( )Trans**  **( )Gay**  **( )Trabajadora sexual**  **( )Otros:***Especificar* |
| **Teléfono Fijo** |  |
| **Teléfono Celular** |  |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Otros Datos Referenciales** |  | | |

**Interesado**: *Llámese interesado a cualquier persona interesada en registrar el hecho, puede ser familiar, amigo, pareja, etc.*

**Datos del agresor *(si es persona natural)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** |  |
| **Número de DNI** |  |
| **Sexo** *(Según DNI)* | **( ) Masculino**  **( ) Femenino** |
| **Dirección** |  |
| **Descríbalo;** *Si no conoce la Identidad del agresor.* |  |
| **Otros datos referenciales** |  |

**Datos del agresor *(si es persona jurídica)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (Razón Social)** |  | | |
| **Dirección** |  | **Teléfono** |  |
| **Fax** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Empleado(s) / Funcionario(s)** |  | | |

**Datos del Testigo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (Razón Social)** |  | | |
| **Dirección** |  | **Teléfono** |  |
| **Fax** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Descripción del Hecho Presenciado** |  | | |

**Datos de los hechos *(estos datos permitirán tener información acerca del caso sucedido)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lugar donde ocurrió el hecho** |  | | |
| **Fecha en que ocurrió el hecho** |  | **Hora** |  |
| **Tipo de agresión** | **( ) Física** | **( ) Psicológico** | **( ) Verbal** |
| **Frecuencia de la agresión** | **( ) Una vez**  **( ) Varias veces** | | |
| *Describir los hechos que ocurrieron, considerando detalles que son importantes mencionar y que puedan graficar la situación de vulneración de derechos.*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* | | | |

**Acciones realizadas frente al caso *(qué acciones se hicieron como respuesta al caso de vulneración de derechos y si se cuentan con documentos que prueben dicha acción)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Procedimiento** | **Fecha y hora** | **Lugar** /  **Delegación / Oficina** | **Con qué documento se cuenta** | **PNP y/o responsable que recogió la Denuncia** | **Juzgado**  **Nª de Expediente** |
| Denuncia ante la Comisaría del sector |  |  |  |  |  |
| Examen médico legista |  |  |  |  |  |
| Poner en conocimiento ante la Defensoría del Pueblo |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante el Ministerio Publico |  |  |  |  |  |
| Interposición ante el Poder Judicial. |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante Oficinas de Defensoría de la Salud y Transparencia de las Direcciones Regionales de Salud |  |  |  |  |  |
| Asistencia ante el Centro de Emergencia Mujer |  |  |  |  |  |
| Reclamo ante INDECOPI y Oficina de Fiscalización de la Municipalidad |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante Oficinas Generales de ética Pública y Transparencia de las Direcciones Regionales de Educación |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante Oficinas de Inspectoría de la Policía Nacional del Perú (PNP): |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante Comisaría de la Familia. |  |  |  |  |  |
| Denuncia ante Oficinas de Direcciones Regionales del Trabajo y Promoción del Empleo: |  |  |  |  |  |
| Juzgado de Paz y Gobernación |  |  |  |  |  |
| Otros: ………………………...  ………………………………... |  |  |  |  |  |

**Soporte legal y Psicológico *(sobre el apoyo profesional y necesidades)***

|  |  |
| --- | --- |
| Necesita apoyo legal y psicológico para llevar el caso. |  |
| Cuenta con apoyo legal o de abogado para el caso expuesto |  |
| Abogado Privado o defensa publica (Datos del Abogado) |  |
| Cuenta con soporte o apoyo Psicológico |  |
| Datos del Psicólogo o Institución |  |