



CAJA DE SALUD CORDES
OFICINA REGIONAL DE TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL
Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

FORMULARIO PARA RECEPCIÓN DE DENUNCIAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y número de documento de identidad: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/_____ Teléfono celular/Fijo: _____

Dirección: _____

Solicita reserva y protección de Identidad según Art. 17 de la Ley N° 004 y Art.24 y 29 de la Ley N° 974:

SI NO

Lugar: _____

Fecha: _____ Hora: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL (LOS) DENUNCIADO (S):

Trabajador (es) denunciado (s):

Repartición a la que pertenece (n):

DESCRIPCIÓN CLARA Y DETALLADA DE LA DENUNCIA:

Considere las siguientes preguntas: ¿QUÉ, CÓMO, CUÁNDO, DÓNDE OCURRIÓ?, ¿QUIÉN, CON QUIÉN LO HIZO?

Si le falta espacio continúe atrás ►

Si el hecho fue denunciado también ante otra Institución u Organismo, mencione cuál y la fecha aproximada:

