



B- SOLICITUD DE ASESORAMIENTO

Fecha: ___/___/_____

Localidad: _____

Nº de Expediente: _____ - _____ - _____

Recepción (Marcar según corresponda)	PRESENCIAL	TELEFONICO (llamado/ whatsapp)	CORREO ELECTRONICO	Web
Ámbito Laboral (Marcar según corresponda)	Administración Pública Provincial	PRIVADO	OTRO (Detallar)	
DATOS DEL/A TRABAJADOR/A DENUNCIANTE				
NOMBRES Y APELLIDO				
DNI		Fecha de Nacimiento		
CUIL				
DOMICILIO				
NUMERO DE TELEFONO Y/O CELULAR				
CORREO ELECTRONICO				
PUESTO				
HORARIO LABORAL				
DATOS DEL/A EMPLEADOR/A				
NOMBRE O RAZON SOCIAL				
CUIT (Opcional)		TELEFONO (Opcional)		
DOMICILIO				
DATOS DEL/A DENUNCIADO/A				
NOMBRES Y APELLIDO				
CARGO O FUNCION				
NIVEL JERARQUICO (SUPERIOR/IGUAL/INFERIOR)				
DOMICILIO				
DATOS DEL/A SUPERIOR JERARQUICO DEL/A DENUNCIADO/A				
NOMBRES Y APELLIDO				
CARGO O FUNCION				
DOMICILIO				
TELEFONO (Opcional)				



B- ACTA ASESORAMIENTO

En la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____, yo _____ (nombre trabajador/a), DNI _____ confirmo de manera voluntaria haber recibido por parte de la **COPREVIL**, toda la información referente al procedimiento establecido en el Protocolo para la Prevención y Abordaje de Violencia y/o Acoso Laboral.

FIRMA y ACLARACION – TRABAJADOR/A:

FIRMA y ACLARACION – COPREVIL:
