UNIVERSIDAD CENTRAL DEL CARIBE

FORMULARIO DE QUERELLA FORMAL – TÍTULO IX

Fecha del Reporte (M/D/A)	Fecha de Incidente (M/D/A)	Día de Incidente	Hora del Incidente

Unidad Académica:	Lugar del Incidente:

Estudiante ☐ Facultad ☐ Administrativo ☐ Visitante ☐ Contratista ☐

Nombre y Apellidos Querellante:	Sexo:	Número de Identificación:	Lugar de Trabajo:

Dirección:	Email:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfonos:

Nombre y Apellidos Querellado(a):	Sexo:	Número de Identificación:

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfonos:

Testigo #1	Dirección	Ciudad/Estado	Teléfonos: Casa: Cel:
Testigo #2	Dirección	Ciudad/Estado	Teléfonos: Casa: Cel:

Narrativa: (Qué, cómo, quién, dónde, porqué, cuándo)

Firma del Querellante: _____

De necesitar espacio adicional, favor de utilizar la parte posterior del Formulario.

Narrativa: (Qué, cómo, quién, dónde, porqué, cuándo)

Al firmar esta querella formal, la parte querellante en este acto declara que, al momento de los hechos alegados estaba participando o deseando participar de un programa o actividad educativa como estudiante o estaba empleada en la Universidad.

Firma del Querellante: _____ Firma del Representante de la Unidad: _____