

ESCUELA / DEPARTAMENTO: _____

INFORMACIÓN DEL TESTIGO:

Nombre: _____ Dirección de habitación: _____
Teléfono de casa/móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE:

Fecha y hora del incidente: _____
Nombres de las personas involucradas en el incidente: _____
Ubicación del incidente: _____
Nombres del testigo: _____

Describa el incidente o incidentes lo más claro posible, incluyendo lo que se dijo (amenazas, peticiones, demandas, etc.), si hubo contacto físico y qué fuerza se utilizó (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Describa cualquier situación en la que haya presenciado un ambiente hostil o inseguro en la escuela o lugar de trabajo que haya causado un efecto adverso en los estudiantes o empleados (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Por la presente declaro que la información proporcionada aquí es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Si el testigo no puede o no quiere completar y firmar este formulario, proporcione la siguiente información y firme a continuación.

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Título: _____

Razón por la que el testigo no completó el formulario: _____

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Confidencialidad

Para proteger los intereses de privacidad de las personas y garantizar la integridad de la investigación, la denuncia y la investigación son confidenciales. Por la presente se le ordena que se abstenga de hablar o difundir hechos o información relevantes sobre este asunto a otros. Se pueden imponer medidas disciplinarias por la violación de esta directiva.

Solo para uso de la Escuela/Distrito

Mantener el original en la Escuela/Departamento de Recursos Humanos/Coordinador de Derechos Civiles del Distrito