**SACRAMENTO CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Informe de Sospecha de Acoso**

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Información del incidente** |
| **Fecha del incidente(s):**   | **Escuela:**  |
| **Nombre del denunciante:**   | **Grado:**  |
| **Nombre del investigado:**   | **Grado:**  |
| **Persona que está reportando el acoso:**   | **Teléfono:**  |

|  |
| --- |
| **Tipo de acoso** |
| **[ ]** Sexual o basado en el género | **[ ]** Raza/etnicidad | **[ ]** Necesidades especiales o discapacidad | **[ ]** Religión | **[ ]** Otro |

|  |
| --- |
| **Lugar** (marque todas las que correspondan) |
| **[ ]** Aula/pasillo | **[ ]** Baño | **[ ]** Fuera de las instalaciones escolares |
| **[ ]** Gimnasio/vestidores | **[ ]** Patio de recreo/cancha | **[ ]** Correo electrónico/texto/redes sociales |
| **[ ]** Cafetería | **[ ]** Excursión/actividad/evento | **[ ]** Otro:       |

|  |
| --- |
| **Frecuencia** |
| **[ ]** Una ocasión | **[ ]** Continuamente/repetidamente |

|  |
| --- |
| **Por favor describa el incidente(s) más detalladamente :** |

|  |
| --- |
| **Persona que está llenando el formulario** |
| **Nombre de la persona que está llenando el formulario**:       | **Título**:       |
| **Firma:**       | **Teléfono:**        |