

Formato de Consentimiento Informado

Código F_20
Revisión 02
Fecha 18.05.23



**Coordinación de Planeación
para el Desarrollo del Estado
de Michoacán de Ocampo**

GOBIERNO DE MICHOACÁN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, manifiesto que en respuesta a la solicitud de actuación ante el posible acoso laboral he sido informado y que comprendido las actuaciones que integran el "Procedimiento para la Atención e Investigación de actos de Discriminación, Desigualdad y Violencia Laboral".

Además, autorizo a la Comisión Investigadora a que revise la documentación y evidencias relevantes y a que realice las entrevistas necesarias para completar o incorporar información al caso.

Así mismo, tengo conocimiento de las implicaciones de confidencialidad y no represalias que se menciona a continuación:

No represalias: El someter una queja o reportar discriminación, desigualdad o violencia laboral no afectara el estatus de la persona, empleo futuro, promoción futura, actividades extracurriculares o asignaciones de trabajo. Las represalias en contra de cualquier persona trabajadora no serán toleradas y serán sancionadas.

Confidencialidad: El derecho a la confidencialidad, tanto del que se queja como del acusado, será respetado y/o sancionado de acuerdo al criterio del comité de Igualdad Laboral y No Discriminación.

Nombre de la persona denunciante:

Nombre de la persona que recibe la denuncia:

Firma:

Firma:

Hoja de Firmas: Las y los testigos de la persona denunciante

Nombre de quien atestigua 1:

Nombre de quien atestigua 2:

Firma:

Firma:

Nombre de quien atestigua 3:

Nombre de quien atestigua 4:

Firma:

Firma:

Hoja de Firmas: Las y los testigos de la persona que recibe la denuncia

Nombre de quien atestigua 1:

Nombre de quien atestigua 2:

Firma:

Firma:

Nombre de quien atestigua 3:

Nombre de quien atestigua 4:

Firma:

Firma:
