



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO**  
**FORMULARIO DE QUEJA POR ACOSO SEXUAL**

NOMBRE DEL DEMANDANTE: \_\_\_\_\_ CARGO O POSICIÓN:

MARCAR SI SE TRATA DE UN ESTUDIANTE

ESCUELA O DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA SUPUESTA PERSONA ACOSADORA:

FECHA Y LUGAR DEL INCIDENTE:

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE: (Ser específico; incluir otra página si necesita más espacio)

NOMBRE DE LOS TESTIGOS:

CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN:

Yo declaro que la declaración mencionada anteriormente es exacta y verdadera según mi opinión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:

Recibido por:

\_\_\_\_\_  
Firma del Director o Administrador Fecha:

Distribution: Original - Principal/Director  
Yellow - Personnel Office  
Pink - CWA Office  
Goldenrod - Complainant