EL PASO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Recursos Humanos

Dirección
El Paso, TX 79925
Teléfono: (915) 230-2014
Fax: (915) 240-0033
www.episd.org

Lugar del incidente:		**Fecha actual:**	
Administrador que llena el informe:		**Título:**	
Persona que informa una presunta conducta de acoso sexual (si no es el Denunciante):			
Nombre del presunto Denunciante:		**N.° de identificación**	
Nombre del presunto Denunciado:		**N.° de identificación**	
Nombre(s) del/de los testigo(s) de la presunta conducta:			
Fecha(s) del/de los incidente(s):		**Hora del/de los incidente(s):**	
Descripción y ubicación del/de los incidente(s) o suceso(s):			
Fue el incidente alguna vez informado o presenciado por algún otro empleado del Distrito:		SÍ	NO
En caso afirmativo, a quién, cuándo y qué se hizo:			
Otra información, incluidos incidentes o amenazas anteriores:			

Firma del administrador receptor de la escuela:		**Fecha:**	
Comentarios o notas adicionales del administrador receptor:			
Adjuntar cualquier información adicional. Una vez completado, enviar inmediatamente, con cualquier documento adicional, al Coordinador del Título IX.			