



# Formulario de Petición por situación de discriminación a CHRXD

## 1. Datos personales

Nombre y Apellidos:	
Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	

## 2. Datos de contacto

Dirección:	
Ciudad:	
Departamento:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

## 3. Datos socio-demográficos (marque con una cruz)

### 3.1 ¿Con qué género se identifica?

- Femenino
- Masculino
- Trans femenino
- Trans masculino
- Otro (especifique):  
\_\_\_\_\_

### 3.2 ¿Cómo define su orientación sexual?

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otro (especifique):  
\_\_\_\_\_

### 3.3 ¿Cuál considera su ascendencia étnico-racial?

(puede marcar más de una opción)

- Blanca
- Afro o negra
- Asiática o amarilla
- Indígena
- Otra (especifique)  
\_\_\_\_\_

### 3.4 ¿Cuál considera que es la principal?

(marque sólo una opción)

- Blanca
- Afro o negra
- Asiática o amarilla
- Indígena
- Otra (especifique)  
\_\_\_\_\_

**3.5 Nivel educativo máximo alcanzado (marque sólo una)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria completa                   | <input type="checkbox"/> Educación técnica incompleta |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta                 | <input type="checkbox"/> Bachillerato completo        |
| <input type="checkbox"/> Ciclo básico completo (Liceo/UTU)   | <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto      |
| <input type="checkbox"/> Ciclo básico incompleto (Liceo/UTU) | <input type="checkbox"/> Universidad completa         |
| <input type="checkbox"/> Educación técnica completa          | <input type="checkbox"/> Universidad incompleta       |

**3.6 Es ciudadano uruguayo**

- Sí  
 No

**3.7 ¿Cuál es su país de origen?**

\_\_\_\_\_

**4. Datos de situación de discriminación**

Fecha de lo sucedido:	
Lugar:	
Quién o quiénes la perpetraron:	
Hacia quién fue dirigida:	
Síntesis de los hechos:	

**4.1 ¿Cuál de los siguientes considera fue el motivo de la discriminación?**

*(marque con una cruz, puede marcar más de una opción)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ascendencia étnico/ racial | <input type="checkbox"/> Discapacidad        |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad               | <input type="checkbox"/> Aspecto físico      |
| <input type="checkbox"/> Identidad de género        | <input type="checkbox"/> Nivel educativo     |
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual         | <input type="checkbox"/> Socioeconómico      |
| <input type="checkbox"/> Edad                       | <input type="checkbox"/> Sociocultural       |
| <input type="checkbox"/> Creencias religiosas       | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

\_\_\_\_\_

6. ¿Desea mantener la reserva de identidad?

- Sí  
 No

7. ¿Denunció ante otro organismo?

- Sí  
 No

8. ¿Inició trámite judicial?

- Sí  
 No

En caso de responder afirmativamente, ¿dónde?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de responder afirmativamente, ¿dónde?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. En caso de contar con documentación y/o querer sumar información, esta debe ir adjunta

- Sí  
 No

Descripción de los documentos:

\_\_\_\_\_

Firma peticionante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

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

Comisión Honoraria contra el  
Racismo, la Xenofobia y toda  
otra forma de Discriminación