



Office of Institutional Equity

Formulario de Registro

Título

- Sra. Srta. Sr. Dr.

Nombre

UCF ID

Género (opcional)

Nivel

- Personal de UCF UCF Profesorado
 Visitante/Invitado Otro _____
 UCF Estudiante de Posgrado
 UCF Solicitante
 UCF Estudiante Universitario

Facultad/División

Departamento

Cargo Laboral

Phone (Oficina o celular)

Dirección

Ciudad

Estado

Casilla Postal

Correo Electrónico (si es aceptable para mantener comunicación)

¿Aceptaría correos electrónicos futuros de la Oficina de Institutional Equity?

- Yes
 No

Demandado: *Un individuo o grupo, del cual Ud. cree lo ha o podría haberlo discriminado, acosado, o haber sufrido represalias en su contra.*

Título del demandado:

Sra. Srta. Sr. Dr.

Nombre del demandado:

UCF ID

Género (opcional)

Nivel

- Personal de UCF UCF Profesorado
 Visitante/Invitado UCF Estudiante de Primer Año
 UCF Estudiante de Posgrado Otro _____

Facultad/División

Departamento

Cargo Laboral

Phone (Oficina o celular)

Dirección

Ciudad

Estado

Casilla Postal

Correo Electrónico

¿Por favor provea una breve descripción de su experiencia(s), la cual lo incitó a contactar a la oficina de Institutional Equity?

¿Qué le gustaría discutir durante la reunión con la oficina de Institutional Equity?