

AGRESIONES A PROFESIONALES

DATOS DEL PROFESIONAL

Nº EXPEDIENTE

C.N.P. _____ Sexo (H o M): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle: _____ Teléfono: _____

CP _____ Población _____ Provincia _____

Correo Electronico _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO:

Centro: _____ Dirección de Área número: _____

Calle: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

CP: _____ Población: _____ Provincia: _____

DATOS DEL ESCRITO

Fecha de Entrada: _____

Lugar de los hechos: _____

Hora y Fecha de los hechos: _____

Motivo de los hechos: _____

Personas que intervienen: { Personal del centro: _____

Usuarios: _____

¿ Han intervenido fuerzas de seguridad ? Si No

En su caso: Guardia Civil

Policia local

Policia Nacional

¿ El hecho ha motivado denuncia ? Si No

¿ Por qué ? _____

¿ Se tramita Diligencias Previas ?

Si No

En su caso: Juzgado nº _____

Diligencias Previas nº _____

¿ Se le ha comunicado a la empresa ? Si No

¿ Han existido lesiones ? Si No

¿ Existe parte de lesiones ? Si No

¿ Ha sido visto en un Centro Sanitario ? Si No

¿ Se ha tramitado I T por accidente laboral ? Si No

Consecuencias de este hecho: _____

AGRESIONES A PROFESIONALES

REDACCIÓN DE LO SUCEDIDO:

Nº EXPEDIENTE: _____

OBSERVACIONES:

Los datos de carácter personal que Vd. Nos facilita serán tratados con la máxima confidencialidad. Tienen como única finalidad, el tratamiento de los lugares donde más riesgo existe de agresiones a profesionales, a fin de aumentar las medidas de seguridad, poder aconsejar al profesional y sensibilizar a la opinión pública.

Conforme a lo dispuesto en la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Vd. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a estos datos.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados.