

Anexo II: Hoja de Registro de Agresiones.

DATOS DEL PROFESIONAL

EXPEDIENTE: _____

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

Nombre: _____ Apellidos: _____

Teléfono: _____

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 _____ Nombre/Apellidos/DNI:

Usuarios: _____

¿ Han intervenido fuerzas de seguridad? Si No

En su caso: Guardia Civil

Policía local

Policía 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: _____

REDACCIÓN DE LO SUCEDIDO:**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.