

Por favor, escribir con letra legible. Emplear un informe anexo si se juzga necesario. Remitir a Dirección.

FECHA DEL INCIDENTE:	FECHA DE COMUNICACION:	AVISO A POLICIA / GUARDIA CIVIL : NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION / Nº :
NOMBRE DEL TRABAJADOR:		
PROFESIÓN:	CONTRATO FIJO <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> MIR <input type="checkbox"/> SUSTITUTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO:	LUGAR INCIDENTE:	
HORA DEL DÍA (0-24h):	HORA DE TRABAJO 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> 8ª <input type="checkbox"/> =>9ª <input type="checkbox"/>	
TURNO: M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> DE GUARDIA (SUAP) <input type="checkbox"/>	TFNO. CONTACTO :	
AMENAZA DIRECTA <input type="checkbox"/> TELEFONICA <input type="checkbox"/> ESCRITA <input type="checkbox"/> OTRA.....	INFORMADO RESPONSABLE DE LA UNIDAD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE:	
AGRESION EMPUJADO <input type="checkbox"/> GOLPEADO <input type="checkbox"/> SUJETADO <input type="checkbox"/> PINCHADO <input type="checkbox"/> OTRA		

I N C I D E N T E	DESCRIBIR CÓMO SUCEDIÓ, CAUSAS INMEDIATAS Y OTRAS QUE LO FAVORECIERON

A G R E S O R	NOMBRE.....
	HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
	DATOS ESTIMADOS: EDAD..... COMPLEXION..... ALTURA..... PESO.....
	CON ANTECEDENTES DE ACTOS VIOLENTOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿? <input type="checkbox"/>

T E S T I G O S	PERSONAS y COMO LOCALIZARLAS

ASISTENCIA POR LESIONES	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Tramitar como Accidente de Trabajo, baja o no baja)
APOYO PSICOLÓGICO	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

