

A CUMPLIMENTAR POR EL COLEGIO OFICIAL

Nº de entrada: _____

Fecha de Entrada _____

NOTAS IMPORTANTES:

La cumplimentación de este formulario es condición necesaria para el inicio de cualquier tipo de medida de apoyo al colegiado.

Los datos aportados son confidenciales, únicamente se utilizarán a modo de estudio y para canalizar el tipo de ayuda que puede prestarse desde el propio Colegio Oficial. (Párrafo Ley de Protección de datos) y forma de entrega: presencial o fax.

No se trata de una denuncia ni tiene ninguna validez legal: sólo es meramente informativo y su único destino es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Una vez cumplimentado y entregado al Colegio, y tal y como recoge el protocolo, se procederá a tener entrevista personal en la que se acordarán las medidas de apoyo y las actuaciones a seguir dentro del PROTOCOLO DE ATENCION ANTE AGRESIONES A TRABAJADORES/AS SOCIALES del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL COLEGIADO/A

Fecha incidente: _____

Hora incidente: _____

DATOS TRABAJADOR SOCIAL

Nombre: _____

Apellidos: _____

DNI: _____

Fecha nacimiento: _____

Nº Colegiado/a: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Centro de Trabajo: _____

Servicio o Unidad: _____

Puesto: _____

DATOS DEL INCIDENTE

LUGAR

Lugar: _____

Centro de Trabajo (táchese lo que proceda) SI NO

En desplazamiento a/desde Centro de Trabajo en Jornada lab. (táchese lo que proceda) SI NO

Otros: _____

DATOS PERSONA AGRESORA

Rango de edad: _____

Sexo: (táchese lo que proceda) V M

Es usuario del profesional agredido: (táchese lo que proceda) SI NO

TIPO DE INTERVENCIÓN DURANTE EL CONFLICTO

- Seguridad privada
- Seguridad pública
- Compañeros
- Otros

Existencia de conflictos previos al incidente, indicar: _____

CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE

- Lesiones
- Parte de Lesiones
- Precisa apoyo psicológico
- Baja Laboral. Fecha Baja laboral: _____
- Denuncia. Fecha denuncia: _____

Descripción lesiones: _____

¿Se ha comunicado el incidente a la dirección del Centro de trabajo? No Sí

Medidas tomadas por la Institución /Centro (Describir): _____

Fecha: _____

Firma del/de la colegiado/a: _____