

1. Segnalazione APERTA

(I campi contrassegnati con * sono obbligatori)

Nome e cognome del segnalante: *	
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Vittima dell'aggressione
	<input type="checkbox"/> Persona informata sul fatto avvenuto
	<input type="checkbox"/> Testimone
Struttura di assegnazione (se dipendente):	
Matricola (se dipendente):	
E-mail: *	
Cell: *	

Indicare data, ora e luogo in cui è avvenuta l'aggressione					
Data: *		Ora: *		Luogo: *	

<input type="checkbox"/> Aggressione - Indicare se si tratta di: *	
<input type="checkbox"/> Cliente/fornitore	
<input type="checkbox"/> Collega	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

<input type="checkbox"/> Aggressione Verbale - Indicare il livello di aggressione verbale: *		
<input type="checkbox"/> Minacce	<input type="checkbox"/> Gesti violenti	<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, ecc.)
<input type="checkbox"/> Atto di violenza di genere (psicologica, fisica, sessuale, atti persecutori, <i>stalking</i>) Specificare la tipologia : _____		

<input type="checkbox"/> Aggressione Fisica - Indicare il livello di aggressione fisica: *		
<input type="checkbox"/> Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio)	<input type="checkbox"/> Uso di arma	<input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		

Descrizione sintetica dell'aggressione: *				
Indicare Eventuali testimoni:				
Indicare se sono state riportate lesioni:				
Indicare se sono state necessarie cure:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Cure domiciliari	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Pronto soccorso		
		<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero		
Giorni di assenza da lavoro:*	Se SI indicare il numero N. __			
È stata sporta denuncia all'autorità giudiziaria? *	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Polizia di Stato	<input type="checkbox"/> Carabinieri	<input type="checkbox"/> NO
		Indicare sito		

Il Segnalante, come sopra identificato autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati n.2016/679 – GDPR per le finalità della presente segnalazione e redige la presente, consapevole che sarà successivamente contattato in via riservata dagli organi aziendali competenti, per la sottoscrizione della presente segnalazione e per eventuali ulteriori approfondimenti testimoniali

Luogo
Data

2. Segnalazione ANONIMA

(I campi contrassegnati con * sono obbligatori)

La tutela dell'anonimato prevista dalla norma non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo che l'amministrazione deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, ad esempio indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni, ecc.

Indicare data, ora e luogo in cui è avvenuta l'aggressione				
Data: *		Ora: *		Luogo: *

<input type="checkbox"/> Aggressione - Indicare se si tratta di: *	
<input type="checkbox"/> Cliente/fornitore	
<input type="checkbox"/> Collega	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

<input type="checkbox"/> Aggressione Verbale - Indicare il livello di aggressione verbale: *		
<input type="checkbox"/> Minacce	<input type="checkbox"/> Gestii violenti	<input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, ecc.)
<input type="checkbox"/> Atto di violenza di genere (psicologica, fisica, sessuale, atti persecutori, <i>stalking</i>) <i>Specificare la tipologia</i> : _____		

<input type="checkbox"/> Aggressione Fisica - Indicare il livello di aggressione fisica: *		
<input type="checkbox"/> Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio)	<input type="checkbox"/> Uso di arma	<input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente
<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____		

Descrizione sintetica dell'aggressione: *			
Indicare Eventuali testimoni: _____			
Indicare se sono state riportate lesioni:			
Indicare se sono state necessarie cure:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Cure domiciliari	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Pronto soccorso	
		<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero	
Giorni di assenza da lavoro:*		Se SI indicare il numero N. ____	
È stata sporta denuncia all'autorità giudiziaria? *	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Polizia di Stato	<input type="checkbox"/> Carabinieri
		Indicare sito _____	
		<input type="checkbox"/> NO	

Il segnalante In qualità di:	<input type="checkbox"/> Vittima dell'aggressione
	<input type="checkbox"/> Persona informata sul fatto avvenuto
	<input type="checkbox"/> Testimone

Il Segnalante, come sopra identificato autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati n.2016/679 – GDPR per le finalità della presente segnalazione e redige la presente, consapevole che sarà successivamente contattato in via riservata dagli organi aziendali competenti, per la sottoscrizione della presente segnalazione e per eventuali ulteriori approfondimenti testimoniali

Luogo
Data