

### 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: \_\_\_\_\_