Santa Fe PROVINCIA | Ministerio de Salud

# Formulario A

## REPORTE DE SITUACIÓN DE CONFLICTO

| DATOS GENERALES DEL/LA DENUNCIANTE |
|---|
| Nombre: |
| Apellido: |
| Teléfono: |
| DNI: |
| Función o situación de revista: |
| Lugar donde presta servicios: |
| |
| |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS EPISODIO/S DE VIOLENCIA: (Marque con un círculo según corresponda)** |
| **Evento: Único – Reiterado Día: _____Hora: _____** |
| Lugar donde ocurrieron los hechos: |
| Indique a qué personal de conducción u otros acudió al momento o luego de la agresión:<br>**Nombre:**<br>**Apellido:**<br>**Función:** |

**Testigos** (nombres, datos de identificación y localización):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**TIPO DE VIOLENCIA**

| | |
|---|---|
| | Verbal |
| | Física |
| | De género |
| | Otra: |

Santa Fe PROVINCIA | Ministerio de Salud

RESEÑA DE LOS HECHOS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**En caso de que existan daños materiales, detallar equipo u objeto/s dañado/s:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.

**¿Ha intervenido la Policía?** **SI – NO**

**¿Realizó denuncia externa?** **SI – NO**

**¿Dónde?**.....

| DATOS DEL/LA AGRESOR/A |
|---|
| ¿Lo / la conoce? **SI – NO** |
| Nombre y apellido: |

Santa Fe PROVINCIA | Ministerio de Salud

| Cargo o lugar de prestación de servicio: |
| --- |
| |

**Firma** _____

**Aclaración** _____

**DNI N°**_____

**Fecha** _____