

 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI	COD: PGPPL-SPP-05-02	
	Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	Rev. 0.1	Pagina 21/24

13. ALLEGATO N.1

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE

U.O. DI APPARTENENZA: _____

SEDE: _____

DATA (della presente segnalazione): ____/____/____

COGNOME E NOME DELL'AGGREDITO/A: _____

SESSO: M F DATA DI NASCITA: ____/____/____

RUOLO PROFESSIONALE (per esteso) _____

DATA dell'evento: ____/____/____ ORA dell'evento (indicativa): ____:____

LUOGO FISICO DELL'EVENTO: _____ COMUNE DI: _____

- DEGENZA
- SALA DIAGNOSTICA / DI PRELIEVO / VISITA - AMBULATORIO
- SALA D'ASPETTO
- UFFICIO AMMINISTRATIVO
- PARTI COMUNI (CORRIDOIO, SERV. IGIENICI, ETC..) (specificare): _____
- ALTRO (specificare): _____

TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE: <input type="checkbox"/> PAZIENTE <input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> AMICO <input type="checkbox"/> BADANTE <input type="checkbox"/> ESTRANEO <input type="checkbox"/> ALTRO OPERATORE	TIPOLOGIA DELL'EVENTO: <input type="checkbox"/> AGGRESSIONE VERBALE <input type="checkbox"/> MINACCE <input type="checkbox"/> SPINTA <input type="checkbox"/> GESTO VIOLENTO <input type="checkbox"/> USO DI ARMA	SI è reso necessario il ricorso a cure sanitarie? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		C'È STATO INTERVENTO: <input type="checkbox"/> FORZE DELL'ORDINE <input type="checkbox"/> PRONTO INTERVENTO (VIGILANZA - GUARDIE GIURATE)

SI CONOSCONO LE GENERALITÀ DELL'AGGRESSORE: SI NO

CI SONO TESTIMONI DELL'AGGRESSIONE: SI NO

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Firma: _____

Compilando la "Scheda per la segnalazione di aggressione", il dipendente Segnalante dichiara di aver preso visione delle informazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera sulle modalità di trattamento dati personali che la riguardano, come da informativa ex artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 allegata alla Procedura cod. PGPPL-SPP-05-02.