

**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE**

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE AL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

FAX 0456138431

EVENTO ACCADUTO IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e ORA \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME DELL'AGGREDITO/A \_\_\_\_\_

SESSO M  F  DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**LUOGO FISICO DELL'EVENTO**TRIAGE AMBULATORIO SALA D'ASPETTO PARTI COMUNI (corridoio serv. igienici, rampa ecc..) DOMICILIO ALTRO SPECIFICARE \_\_\_\_\_ **MOTIVAZIONE**TEMPI ATTESA RITARDO NELL'ESPLETAMENTO DELLA PRESTAZIONE DIFFICOLTA' COMUNICATIVE RICHIESTA PRESTAZIONI NON NECESSARIE DISACCORDO SUL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ALTRO SPECIFICARE \_\_\_\_\_ **TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE**PAZIENTE PARENTE AMICO ESTRANEO COLLEGA **TIPOLOGIA DELL'EVENTO**AGGRESSIONE VERBALE MINACCE SPINTA GESTO VIOLENTO MOLESTIA SESSUALE USO DI ARMA **INFORMAZIONI SULL'AGGRESSORE**SESSO M  F CLASSE D'ETA' 20-35 36-50  51-70 

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

DISABILITA' \_\_\_\_\_

SEGNI DISTINTIVI \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DELL' EVENTO**


---



---



---



---