

**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE**  
(compilazione a cura del Denunciante)

DATI PERSONALI	
COGNOME:	NOME:
REPARTO :	QUALIFICA:
SESSO:        M                    F	
DATA DI NASCITA:	
LUOGO DELL'AGGRESSIONE:	
DATA DELL'AGGRESSIONE:	ORA DELL'AGGRESSIONE:
AGGRESSORE: indicare se si tratta di:	<input type="checkbox"/> ospite <input type="checkbox"/> parente/visitatore <input type="checkbox"/> altro.....
<b>Aggressione verbale</b> (indicare il livello) <input type="checkbox"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, altro) <input type="checkbox"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) <input type="checkbox"/> Minaccia	
<b>Aggressione fisica</b> (indicare il livello) <input type="checkbox"/> Contatto : <input type="checkbox"/> spinta <input type="checkbox"/> schiaffo <input type="checkbox"/> pugno <input type="checkbox"/> calcio <input type="checkbox"/> altro..... <input type="checkbox"/> Uso di corpo contundente come arma impropria <input type="checkbox"/> Uso di arma..... <input type="checkbox"/> Altro.....	
<b>Descrizione sintetica dell'aggressione:</b>  	
<b>Eventuali testimoni:</b>  	
<b>Necessità di cure:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Se sì: <input type="checkbox"/> Cure domiciliari <input type="checkbox"/> Pronto soccorso <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero	
<b>È stata presentata denuncia all'Autorità Giudiziaria:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	

**Allegati al presente modulo:**

- copia cartacea della denuncia presentata alle autorità competenti
- copia referto pronto soccorso
- foglio dimissine ospedaliera

DATA    /    /

Firma del Dichiarante

Da inviare alla Direzione locale (in busta chiusa o per fax .....)