



HOJA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES

DATOS DEL EMPLEADO/A

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo H M Situación laboral: Fijo Temporal

Centro de trabajo:

Puesto de trabajo:

Teléfono del Centro: Teléfono de la persona agredida:

DATOS DE LA AGRESIÓN

Fecha de la agresión: Hora: Turnos: Si No

Concrete la actividad que estaba realizando en el momento de la agresión y el lugar en el que se encontraba:

Tipo de agresión sufrida (una o varias): Insultos Amenazas Violencia física

Otros:

¿Hubo testigos? No Si (En caso afirmativo indicar nombres y apellidos):

.....

¿Ha sido visto en un Centro Sanitario? Si No ¿Se ha tramitado I.T. por accidente laboral? Si No

¿Se ha tramitado denuncia?: Si No Fecha de la denuncia:

Organismo ante el que se ha presentado:

Relate lo ocurrido cronológicamente: antecedentes (momentos anteriores), hecho violento (conducta de la persona agresora), desenlace (reacciones del trabajador y su entorno).

Necesita apoyo psicológico el agredido/a: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Necesita asesoramiento jurídico el agredido/a: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--



A cumplimentar por el Director/a del Centro o Responsable inmediat@:	
- Recibe comunicación de la agresión con fecha:	Hora:
- Nº registro del Centro:	
Actuaciones realizadas desde el Centro:	
Firma del Director/a o Responsable:	Firma de la persona agredida:

A cumplimentar por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL):		
Fecha comunicación al SPRL:	Nº registro en el SPRL:	
Se presta ayuda psicológica:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se comunica a Asesoría Jurídica:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acciones a realizar:	Fecha:	
Observaciones:		

Una **agresión física** se considera un accidente de trabajo. En estos casos no olvide que debe también rellenar y enviar el Anexo I de Investigación de Accidentes e Incidentes al Negociado de Seguros Sociales al fax: 848426409. Para cualquier duda contacte con la Sección de Prevención de Riesgos Laborales (Telf.: 848 423769 / 848 423728).

<p>Envíe esta Hoja de Registro y Notificación de Agresiones debidamente cumplimentada a la Sección de Prevención de Riesgos Laborales, por fax, correo electrónico o correo postal: seccion.prevencion.educacion@cfn Navarra.es Fax 848 423738 Pol. Industrial Landaben, C/ E-F, 31012 Pamplona</p>

Según lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales facilitados por usted a la Sección de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Educación figuran en un fichero automatizado de datos, al objeto exclusivo de mantener un registro de datos relativos a la salud y seguridad de los empleados públicos. Sus datos personales disponen de medidas de seguridad de nivel alto y no son, ni serán, en ningún caso, suministrados a terceros. Usted puede ejercitar en cualquier momento su derecho de acceder, rectificar y, en su caso, oponerse o cancelar sus datos, indicando la operación a realizar ante el servicio de Recursos Humanos del Departamento de Educación, responsable del fichero, en la siguiente dirección: Calle Santo Domingo, número 8 – 31001 Pamplona (Navarra). Teléfono 848 426 517 Fax 848 426 409.