

MODULI PER LA SEGNALAZIONE DI ATTI DI VIOLENZA

ISTRUZIONI DI COMPILAZIONE

Scegliere il modulo per la segnalazione, scegliendo tra "APERTA" e "ANONIMA". Compilare tutti i campi ed inserire il modulo in una busta chiusa con l'indicazione "SEGNALAZIONE" (nella quale dovrà essere inserita la segnalazione ed eventuali documenti di corredo). In un'altra busta chiusa con l'indicazione "SEGNALANTE" dovrà essere inserita una copia di un documento d'identità e i dati di contatto. Le due buste vanno inserite all'interno di una busta indirizzata a: BIOTEAM S.R.L. Via Galileo Galilei Trav. II n. 2, 25010 San Zeno Naviglio (BS)

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

1. Segnalazione APERTA

Nome e cognome del segnalante: *

Struttura di assegnazione (se dipendente):
Matricola (se dipendente):
E-mail: *
Cell: *

Indicare data, ora e luogo in cui è avvenuta l'aggressione

Data: *
Ora: *
Luogo: *

Aggressore

Indicare se si tratta di: *

☐	Cliente/fornitore
☐	Collega
☐	Altro

Specificare se si è scelto altro: *

Aggressione Verbale

Indicare il livello di aggressione verbale: *

☐	Minacce
☐	Gesti violenti
☐	Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, ecc.)

Aggressione Fisica

Indicare il livello di aggressione fisica: *

☐	Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio)
☐	Uso di arma
☐	Uso di corpo contundente
☐	Altro:

Specificare se si è scelto altro: *

Descrizione sintetica dell'aggressione: *
Eventuali testimoni: *
Lesioni riportate: *

Necessità di cure: *

☐	SI
☐	NO

Se Sì:

☐	Cure domiciliari
☐	Pronto soccorso
☐	Ricovero ospedaliero

Giorni di assenza da lavoro: *

☐	SI
☐	NO

Se Sì, specificare il numero di giorni di assenza:

È stata sporta denuncia all'autorità giudiziaria? *

☐	SI
☐	NO

Se Sì: *

☐	Polizia di stato – Indirizzo:
☐	Carabinieri - Indirizzo:

Il segnalante in qualità di: *

☐	Vittima dell'aggressione
☐	Testimone
☐	Persona informata sul fatto avvenuto

Consapevole che sarò successivamente chiamato in via riservata dagli organi aziendali competenti, per la sottoscrizione della presente segnalazione e per eventuali ulteriori approfondimenti testimoniali

Data

Luogo

2. **Segnalazione ANONIMA**

☐	Preferisco rimanere anonimo
--------------------------	-----------------------------

La tutela dell'anonimato prevista dalla norma non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo che l'amministrazione deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.).

Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, ad esempio indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni, ecc.

Nome e cognome del segnalante: *

Struttura di assegnazione (se dipendente):
Matricola (se dipendente):
E-mail: *
Cell: *

Indicare data, ora e luogo in cui è avvenuta l'aggressione

Data: *
Ora: *
Luogo: *

Aggressore

Indicare se si tratta di: *

☐	Cliente/fornitore
☐	Collega
☐	Altro

Specificare se si è scelto altro: *

Aggressione Verbale

Indicare il livello di aggressione verbale: *

☐	Minacce
☐	Gesti violenti
☐	Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, ecc.)

Aggressione Fisica

Indicare il livello di aggressione fisica: *

☐	Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio)
☐	Uso di arma
☐	Uso di corpo contundente
☐	Altro:

Specificare se si è scelto altro: *

Descrizione sintetica dell'aggressione: *
Eventuali testimoni: *

Lesioni riportate: *

Necessità di cure: *

☐	SI
☐	NO

Se Sì:

☐	Cure domiciliari
☐	Pronto soccorso
☐	Ricovero ospedaliero

Giorni di assenza da lavoro: *

☐	SI
☐	NO

Se Sì, specificare il numero di giorni di assenza:

--

È stata sporta denuncia all'autorità giudiziaria? *

☐	SI
☐	NO

Se Sì: *

☐	Polizia di stato – Indirizzo:
☐	Carabinieri - Indirizzo:

Il segnalante in qualità di: *

☐	Vittima dell'aggressione
☐	Testimone
☐	Persona informata sul fatto avvenuto

Consapevole che sarò successivamente chiamato in via riservata dagli organi aziendali competenti, per la sottoscrizione della presente segnalazione e per eventuali ulteriori approfondimenti testimoniali

Data

Luogo