



**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI AGGRESSIONE AI DANNI DEL
PROFESSIONISTA SANITARIO**

Il modulo può essere consegnato a mano all'OMCEO di Gorizia o inviato via mail all'indirizzo info@ordinemedici-go.it

<i>DATI DEL MEDICO E/O ODONTOIATRA ISCRITTO OMCEO GORIZIA</i>	
NOME <i>(facoltativo)</i>	
COGNOME <i>(facoltativo)</i>	
RUOLO PROFESSIONALE	a. Titolare b. Sostituto
DATA DI NASCITA	
MAIL	
CELLULARE	

<i>LUOGO DELL'AGGRESSIONE</i>
Ambulatorio convenzionato <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Poliambulatorio distrettuale
Ospedale <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> PS
<input type="checkbox"/> Studio libero professionale
<input type="checkbox"/> Domicilio del paziente
<input type="checkbox"/> Altro _____

<i>AGGRESSORE</i>
<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro _____



AGGRESSIONE VERBALE

Descrizione _____

AGGRESSIONE FISICA

Descrizione _____

DANNEGGIAMENTO DI BENI E PROPRIETA'

Descrizione _____

DESCRIZIONE DEL FATTO E PRESUNTA CAUSA SCATENANTE

FORZE DELL'ORDINE

Intervento delle forze dell'ordine <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Denuncia all'autorità giudiziaria (Polizia, Carabinieri...) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	--

Altre informazioni:

Data _____ Firma _____