

ANEXO II-B. MODELO DE COMUNICACIÓN DE SITUACIÓN DE CONFLICTO ENTRE TRABAJADORES (a incluir en sobre cerrado)

DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE: INTERESADO

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:		Nombre:	
1 ^{er} Apellido:			2 ^o Apellido:		
Domicilio:					
Provincia:		C.P.:		Población:	
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico**:	

OTRO DECLARANTE: (CUANDO NO ES EL INTERESADO)

Nombre:					
1 ^{er} Apellido:			2 ^o Apellido:		
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:			
Centro de trabajo:					
Teléfono de contacto:					
Correo electrónico:					
Actúa en concepto de:	<input type="checkbox"/> Representante legal*. <input type="checkbox"/> Dirección Gerencia. <input type="checkbox"/> Superior Jerárquico. <input type="checkbox"/> Servicio de PRL. <input type="checkbox"/> Delegado de Prevención. <input type="checkbox"/> Otro (trabajador).				

*Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado con el consentimiento expreso del interesado.

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

DECLARACIÓN:

Hago constar que en el día de de a las horas, en (*indicar ubicación donde se produjo el episodio*) he sufrido el episodio violento, por parte de D/D^a en concepto de trabajador del SESCAM...

Categoría profesional del declarante:

Categoría profesional del otro trabajador:

(*Añadir a esta declaración todo aquello que considere necesario.*)

En dicho episodio, SI / NO fue necesaria la intervención del orden público, SI / NO habiéndose presentado la correspondiente denuncia y habiendo estado durante el transcurso de los hechos como testigos:

Testigo 1: D/D ^a :	con DNI :	y en concepto de *:
Testigo 2: D/D ^a :	con DNI :	y en concepto de *:
Testigo 3: D/D ^a :	con DNI :	y en concepto de *:
Testigo 4: D/D ^a :	con DNI :	y en concepto de *:

* (*Trabajador, familiar, paciente...*)

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable	D.G. de Recursos Humanos.
Finalidad	Recoger información sobre declaración/es de conflictos acontecidos en el ámbito del SESCAM para la elaboración de un mapa de riesgos y propuestas de mejora.
Legitimación	Ejercicio de Poderes Públicos - Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
Destinatarios	No existe cesión de datos.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es

En a de de

Firma del declarante

TITULAR DE LA GERENCIA DE :