



## Anexo IB-COMUNICACIÓN DE SITUACIÓN DE PRESUNTO ACOSO ENTRE TRABAJADORES

### DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE: INTERESADO

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

### OTRO DECLARANTE: (CUANDO NO ES EL INTERESADO)

|                              |   |                          |  |           |  |
|------------------------------|---|--------------------------|--|-----------|--|
| Nombre:                      |   |                          |  |           |  |
| 1 <sup>er</sup> Apellido:    |   | 2 <sup>o</sup> 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*.<br><input type="checkbox"/> Dirección Gerencia.<br><input type="checkbox"/> Superior Jerárquico.<br><input type="checkbox"/> Servicio de PRL.<br><input type="checkbox"/> Delegado de Prevención.<br><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<sup>a</sup>            en concepto de trabajador del SESCAM.....  
Categoría profesional del declarante:  
Categoría profesional del presunto agresor:  
*(Añadir a esta declaración todo aquello que considere necesario.)*

En dicho episodio fue necesaria la intervención del orden público, SI  / NO   
Se han producido lesiones; SI  / NO   
Existe parte de lesiones, SI  / NO   
Se ha producido baja médica, SI  / NO   
Se ha presentado denuncia, SI  / NO   
Siendo testigos del transcurso de los hechos los siguientes:

|                               |         |                    |
|-------------------------------|---------|--------------------|
| Testigo 1: D/D <sup>a</sup> . | con DNI | y en concepto de * |
| Testigo 2: D/D <sup>a</sup> . | con DNI | y en concepto de * |
| Testigo 3: D/D <sup>a</sup> . | con DNI | y en concepto de * |
| Testigo 4: D/D <sup>a</sup> . | con DNI | y en concepto de * |

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

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS:**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Responsable           | Dirección General de Recursos Humanos   |
| Finalidad             | Recoger información sobre declaración/es de presunto acoso 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: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a>   |

En            a            de            de

Firma del declarante

**TITULAR DE LA GERENCIA DE**