

 <p><b>BIOH</b> BIOH GROUP FILTRAZIONE S.R.L.</p>	<p><b>Modulo di Segnalazione atti di violenza</b></p>	<p><b>Mod. Rev. 00 Del 12.07.2023</b></p>
--	---	---

## **MODULI PER LA SEGNALAZIONE DI ATTI DI VIOLENZA**

### **1. Segnalazione APERTA**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori**

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: \*



## Modulo di Segnalazione atti di violenza

**Mod.  
Rev. 00  
Del 12.07.2023**

### Aggressione Verbale

Indicare il livello di aggressione verbale: \*

- Minacce
- Gestii 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: \*

- SÌ
- NO

Se Sì:

- Cure domiciliari
- Pronto soccorso
- Ricovero ospedaliero

Giorni di assenza da lavoro: \*

 <p><b>BIOH</b> BIOH GROUP FILTRAZIONE S.R.L.</p>	<p><b>Modulo di Segnalazione atti di violenza</b></p>	<p><b>Mod. Rev. 00 Del 12.07.2023</b></p>
--	---	---

- 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
- 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



**Modulo di Segnalazione  
atti di violenza**

**Mod.  
Rev. 00  
Del 12.07.2023**

## **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.*

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

Data: \*

Ora: \*

Luogo: \*

### **Aggressore**

Indicare se si tratta di: \*

- Cliente/fornitore
- Collega



## Modulo di Segnalazione atti di violenza

**Mod.  
Rev. 00  
Del 12.07.2023**

- Altro

Specificare se si è scelto altro: \*

### **Aggressione Verbale**

Indicare il livello di aggressione verbale: \*

- Minacce
- Gestii 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: \*

- SÌ
- NO

Se SÌ:

- Cure domiciliari
- Pronto soccorso



**Modulo di Segnalazione  
atti di violenza**

**Mod.  
Rev. 00  
Del 12.07.2023**

- 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
- 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