



**COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BS. AS. DISTRITO "V"**

**Formulario de denuncia de violencia en el ejercicio profesional**

**Fecha:**

|                          |  |                |  |
|--------------------------|--|----------------|--|
| <b>Nombre y Apellido</b> |  |                |  |
| <b>Localidad</b>         |  | <b>Partido</b> |  |

**Agresión** Indicar con una X

|               |               |  |
|---------------|---------------|--|
| <b>Física</b> | <b>Verbal</b> |  |
|---------------|---------------|--|

**Agresor** (Indicar la calidad de la misma: paciente, familiar del mismo, nombre, apellido, ocupación, etc) :

.....

**Realizó la denuncia correspondiente** (Penal, civil, policial) Indicar con una X

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| <b>Sí</b> |  | <b>No</b> |  |
|-----------|--|-----------|--|

**Descripción del Hecho :** ( Incluir el motivo de la agresión)

**Firma:**.....**Aclaración:**.....

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por duplicado por correo común ó personalmente a:

Presidencia del Colegio de Medicos Distrito V Alsina 1250 [6700] LUJAN -Pcia. de Buenos Aires