



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

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

Fecha      /      /

Nombre y Apellido	
-------------------	--

Localidad		Partido	
-----------	--	---------	--

**Agresión** Indicar con una X

Física	<input type="checkbox"/>	Verbal	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

**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

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

**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