

C.H.A.M. Direction des Ressources Humaines	Formulaire de signalement des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissement sexistes dans la fonction publique	Validé le : Modifié le :	N° : E ADM 170-1 Page 1/3
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

FICHE DE SIGNALEMENT

La rédaction doit être lisible et claire

NOM : PRENOM :

GRADE FONCTION :

SERVICE DU DECLARANT :

DATE DE L'EVENEMENT : .../.../..... HEURE :h.....

LIEU DE SURVENUE :
.....

TEMOIN(S) : OUI NON

Si oui, NOM et PRENOM

Témoin 1 :
NOM :PRENOM :

Témoin 2 :
NOM :PRENOM :

PREMIERES PERSONNES ALERTEES :
.....
.....
.....

PERSONNELS ET/OU PATIENTS PRESENTS AU MOMENT DES FAITS :
.....
.....
.....
.....

C.H.A.M. Direction des Ressources Humaines	Formulaire de signalement des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissement sexistes dans la fonction publique	Validé le : Modifié le :	N° : E ADM 170-1 Page 3/3
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

PERSONNE(S) MISE(S) EN CAUSE :

.....

.....

.....

PREJUDICES SUBIS PAR LA VICTIME (PHYSIQUE ET/OU MATERIEL) :

.....

.....

.....

.....

MATERIEL UTILISE POUR AGRESSION OU DEGRADATION :

.....

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES :

.....

.....

.....

.....

.....

DATE DU RAPPORT :/...../.....

SIGNATURE DU DECLARANT :

SIGNATURE(S) DU(DES) TEMOIN(S) :