|  |
| --- |
| **Signalement RPS, actes de violence, discrimination, harcèlement, agissements sexistes** |
| **Composante ou service concerné par le signalement** |
| **Nom du service :****Nom et prénom du directeur/trice :**Mail/ Tel :**Nom et prénom de l’assistant de prévention de l'UT :**Mail/ Tel :**Nom et prénom du médecin de prévention :**Mail/ Tel : |
| **Auteur du signalement** |
| **Nom et prénom :****Fonction :****Service (si différent de celui du signalement) :**Mail : Tél : |
| **Date du signalement :** |
| **Personnes concernées** |
| **Nom et prénom des personnes concernées** | **Fonction** | **Qualité** (agent, usager, élu, autres) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nom et prénom des témoins** | **Fonction** | **Qualité** (agent, usager, élu, autres) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DE LA SITUATION** |
| **Description chronologique des faits**(Sans interprétation ni jugement personnel) |
|  |
| **Antériorité** |
| La situation ou l’évènement se sont-ils déjà produits avant les faits décrits ?* Oui
* Non

Si oui, indiquer la ou les dates ou périodes : |
| Une tentative de suicide ou une verbalisation d’idées suicidaires s’est-elle déjà produite ?* Oui
* Non

Si oui, indiquer les dates ou périodes et la prise en charge réalisée : |
| **Conséquences de la situation** | **Description des actions déjà menées par les agents / la hiérarchie** |
| Arrêts de travail *(date début / date fin)* :Déclaration d’accident de service ou de maladie professionnelle *(rayée la mention inutile)* déposée le : *(date)*Dépôt de plainte le *(date) :*Pour *(indiquer le motif) :* |  |