|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) :* |  |